

# **LAVAL MÉDICAL**

---

**BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE  
DES  
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE QUÉBEC**

---

**Direction**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
**UNIVERSITÉ LAVAL**  
**QUÉBEC**

610.5  
L 392

# LAVAL MÉDICAL

---

## BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

---

**CONDITIONS DE PUBLICATION.** *Laval Médical* paraît tous les mois, sauf en juillet et août. Il est l'organe officiel de la *Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, et ne publie, dans la section *Bulletin*, que les travaux originaux des membres de cette Société ou les communications faites devant d'autres sociétés à la condition que ces études soient inédites et qu'elles aient été résumées devant la Société médicale des Hôpitaux.

**MANUSCRITS.** Il est essentiel que, dans les manuscrits, le nom des auteurs cités, dans le texte comme dans la bibliographie, vienne en écriture moulée.

**COPIES.** Les copies doivent être dactylographiées avec double espace.

**CLICHÉS.** Pour fins de clichage, nos collaborateurs devront nous fournir des photographies noires sur papier glacé. Les dessins seront faits à l'encre de Chine sur papier blanc.

**ABONNEMENT.** Le prix de l'abonnement est de cinq dollars par année au Canada et de sept dollars cinquante sous à l'étranger. Les membres de la Société médicale des Hôpitaux universitaires jouissent du privilège d'un abonnement de groupe dont les frais sont soldés par la Société.

**TIRÉS A PART.** Il seront fournis sur demande au prix de revient. Le nombre des exemplaires désiré devra être indiqué en tête de la copie.

210

610.5  
4392  
VOL. 17 — No 1

UNIVERSITY  
OF MICHIGAN

JUL 24 1952

MEDICAL  
LIBRARY

QUÉBEC, JANVIER 1952

# LAVAL MÉDICAL

RECEIVED

FEB 27 1952

MEDICAL SCHOOL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE

DES

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES

DE QUÉBEC

DIRECTION — Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

## Traitement des anémies macrocytaires et microcytaires

"MATUREX" No 340 — Renferme Vitamine B<sub>12</sub>, Estomac  
densifié, Acide folique, Acide ascorbique,  
Sulfate ferreux P.B. et Extrait de foie.

"MATUREX" Non ferreux No 341 — Formule du No 340,  
sans Sulfate ferreux.

"MATUREX" (Enfants) No 338 — Renferme les mêmes  
ingrédients que le No 340 mais à un dosage  
moins élevé. Capsules plus petites destinées  
aux enfants.

"MATUREX" Non ferreux (Enfants) No 339 — Formule  
du No 338, sans Sulfate ferreux.

Toutes formules en flacons  
de 24, 100, 500 et 1000  
capsules. Posologie moyenne  
de chacune de ces prépara-  
tions: une capsule 3 fois par  
jour après les repas.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE  
Biologistes et Pharmaciens • MONTRÉAL, CANADA

Ayerst

# VITAMINE B<sub>12</sub>

INJECTABLE

Boîtes de 6 ampoules, 15 microgrammes par c.c.

Vials 10 c.c., 30 microgrammes par c.c.

**USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.**

1338, Lagauchetière est,  
MONTREAL.



## SOMMAIRE du N° 1

(Janvier 1952)

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES :

Les directeurs et les membres.....	1
Règlements.....	7

### COMMUNICATIONS

Jacques BOULANGER :	
Considérations sur l'aniridie.....	11
Jules HALLÉ, Lionel MONTMINY et M. BILODEAU :	
Bronchographie et substances opaques hydrosolubles.....	17
Bernard PARADIS et Tèlesphore ROBERT :	
Conduite à tenir en anesthésie au cours de la chirurgie cardio-vasculaire.....	22
Léo GAUVREAU :	
Les bacilles <i>paracoli</i> dans les entérites de la première enfance.....	32

*pour tous les états allergiques en pédiatrie...*

## SIROP PHÉNERGAN

- ♦ agréable au goût
- ♦ bien accepté par les petits malades
- ♦ permet une posologie plus nuancée
- ♦ excellent traitement symptomatique de la coqueluche

*flacons de 120 c.c. (4 oz.) à 2.5 mg. par c.c.*

**POULENC** Limitée



Montréal

*pionniers dans le domaine des antihistaminiques*

**DOUBLE**

*Action du*

# STOVAGINAL

**ACTION ANTIPARASITAIRE ET ANTISEPTIQUE  
ACTION MODIFICATRICE DU MILIEU BIOLOGIQUE**

**poudre pour insufflation à 0.256m. de STOVARSOL "Poulenc" par gramme  
flacons de 30 et 200 grammes**

**comprimés à 0.256m. de STOVARSOL "Poulenc"  
flacons de 20, 100, 500 et 1,000**

*annoncé uniquement au Corps Médical*



**POULENC LIMITÉE**  
MONTRÉAL

**LE SPÉCIFIQUE DU TRICHOMONAS**

## SOMMAIRE (fin)

### MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Adrien PAQUET :

Contribution à l'étude du problème de l'anesthésie dans la chirurgie thoracique et pulmonaire. — Le pentothal. ....	39
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Ch.-M. BOISSONNAULT :

Lendemain de conquête : Adam Mabane. ....	74
Pierre de Sales Laterrière. ....	95

### ANALYSES

Syphilis congénitale chez un jumeau. ....	141
Traitement des fractures du trochanter. ....	142
Hypervitaminose A. ....	143
Le traitement de la colite ulcéreuse aiguë toxique par iléostomie et colectomie simultanées. ....	144
CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES. ....	145

**SOULAGEMENT RAPIDE DANS LA DYSMENORRHEE ESSENTIELLE**



# DYSMEN

ECHANTILLON ET DOCUMENTATION  
SUR DEMANDE

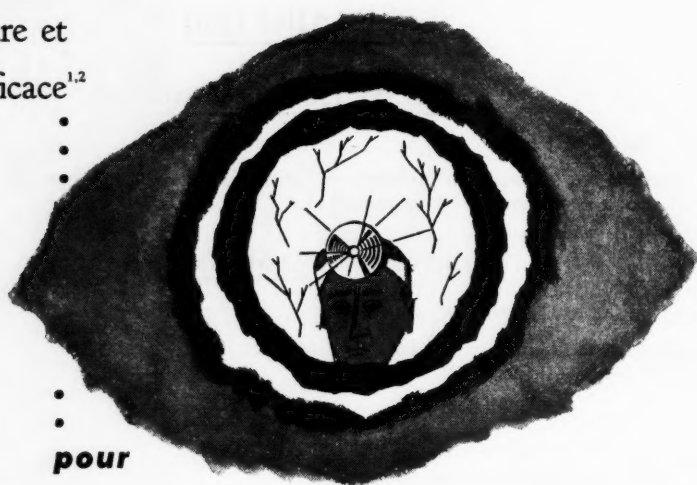
aucun narcotique  
aucune contre-indication  
aucun effet secondaire  
absolument sûr

LABORATOIRE LANCET LIMITEE  
114 rue St-Catharine Montréal

Médication

sûre et

efficace<sup>1,2</sup>



pour  
les  
infections  
externes  
de l'oeil

et autres affections oculaires connexes, la solution Prothalmic Wyeth est un agent thérapeutique et sûr.

Son action douce, de nature physiologique, exempte de toxicité, a été démontrée dans plus de 1,200 cas de conjonctivite, de blépharite et de kératite, dont les agents pathogènes couvraient une grande variété de champignons et de bactéries, et notamment le *Ps. aeruginosa*.

1. Swan, K. C.: Tr. Am. Acad. Ophth. & Otolaryng.: mars-avril 1951, page 406.

2. Theodore, F. H.: J.A.M.A. 145:226 (20 mai 1950).

En flacon de 5 drachmes liq.

SOLUTION

# PROTHALMIC

SOLUTION OPHTHALMIQUE A BASE DE PROPIONATE DE SODIUM à 5%

EXCELLENT VEHICULE POUR LES ANESTHESIQUES  
ET ANTISEPTIQUES D'USAGE COURANT EN  
OPHTALMOLOGIE.



Marque Déposée

# LAVAL MÉDICAL

VOL. 17

N° 1

JANVIER 1952

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

1951

---

### MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

- M. le professeur A. CLERC, de Paris.  
M. le professeur A. LEMIERRE, de Paris.  
M. le professeur René CRUCHET, de Bordeaux.  
M. le professeur Jean BRAINE, de Paris.  
M. le professeur Raoul KOURILSKY, de Paris.  
M. le professeur Albert JENTZER, de Genève.  
M. le professeur Henry L. BOCKUS, de Philadelphie.

---

### COMPOSITION DU BUREAU

- Président : M. le professeur Donat LAPOINTE.  
Vice-président : M. le professeur P.-A. POLIQUIN.  
Secrétaire-général : M. le professeur Maurice GIROUX.  
Trésorier : M. le docteur G. ST-ARNAUD.  
Membres : MM. les professeurs Sylvio LEBLOND, Henri MARCOUX et François ROY ; MM. les docteurs Eustace MORIN et H. BEAUDET.

## LISTE DES MEMBRES

MM. ALLARD, Eugène,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
AUDET, Jacques,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
AUGER, Carlton,	à l'Hôtel-Dieu.
AUGER, Gustave,	à l'Hôtel-Dieu.
BÉDARD, Arthur,	à l'Hôtel-Dieu.
BEAUDET, Hector,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
BEAUDRY, Maurice,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
BEAULIEU, Maurice,	à l'Hôpital Laval.
BERGERON, Geo.-A.,	à la Faculté de médecine.
BLANCHET, Roméo,	à la Faculté de médecine.
BONENFANT, J.-Ls,	à l'Hôtel-Dieu.
BOULANGER, Jacques,	à l'Hôpital des Anciens Combattants
CAOUEITE, Maurice,	à l'Hôtel-Dieu.
CAOUEITE, Robert,	à l'Hôtel-Dieu.
CARON, Sylvio,	à la Clinique Roy-Rousseau.
CARON, Wilfrid,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
CAUCHON, Roland,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
CAYER, Lomer,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
CLAVET, Marcel,	à l'Hôtel-Dieu.
CÔTÉ, Chs-E.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
CÔTÉ, C.-E.,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
CÔTÉ, J.-Chs,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
CÔTÉ, Paul-Émile,	à l'Hôpital des Anciens Combattants.
COUILLARD, Éd.,	à la Faculté de médecine.
COULOMBE, Maurice,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
COULONVAL, Louis,	à l'Hôtel-Dieu.
DÉCHÊNE, Euclide,	à l'Hôpital de la Crèche.
DELAGE, Maurice,	à l'Hôpital des Anciens Combattants.
DEMERS, F.-X.,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
DESCHÊNES, J.-P.,	à l'Hôtel-Dieu.
DESMARAIS, André,	à la Faculté de médecine.

MM. DESMEULES, Roland,	à l'Hôpital Laval.
DESROCHERS, Gustave,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
DE SAINT-VICTOR, Jean,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DORVAL, Chs-H.,	à l'Hôpital Laval.
DROUIN, Guy,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DUGAL, J.-Paul,	à l'Hôtel-Dieu.
DUGAL, Ls-Paul,	à la Faculté de médecine.
DUPUIS, Pierre,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
FISSET, P.-Émile,	à l'Hôpital des Anciens Combattants.
FISHER, J.-G.,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
FOLEY, A.-R.,	à la Faculté de médecine.
FORTIER, de la Broq.,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
FORTIER, Émile	à la Faculté de médecine.
FORTIER, Guy,	à la Faculté de médecine.
FORTIER, Jean,	à l'Hôpital des Anciens Combattants.
FRENETTE, Olivier,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GAGNÉ, François,	à la Faculté de médecine.
GAGNON, Fabien,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GALIBOIS, Paul,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
GARANT, Oscar,	à l'Hôtel-Dieu.
GAUMOND, Émile,	à l'Hôtel-Dieu.
GAUTHIER, Chs-Auguste,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
GAUVREAU, Léo,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GENDRON, Ph.,	à l'Hôtel-Dieu.
GIGUÈRE, Alphonse,	à l'Hôtel-Dieu.
GINGRAS, Rosaire,	à la Faculté de médecine.
GIROUX, Maurice,	à l'Hôpital Laval.
GOSSELIN, Jules,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GOURDEAU, Yves,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
GRANDBOIS, Jean,	à l'Hôtel-Dieu.
GRAVEL, J.-A.,	à l'Hôtel-Dieu.
GRÉGOIRE, Georges,	au Dispensaire antituberculeux.
GRÉGOIRE, Jean,	à la Faculté de médecine.
GUAY, Marcel,	à l'Hôtel-Dieu.



MM. HALLÉ, Jules,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
HUDON, Fernando,	à l'Hôtel-Dieu.
JACQUES, André,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, Albert,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, J.-Bte,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, Joachim,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, Pierre,	à la Faculté de médecine.
JOLICŒUR, Amyot,	à l'Hôpital des Anciens Combattants.
LACERTE, Jean,	à l'Hôtel-Dieu.
LADOUCEUR-DUPUIS, Paule,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LALIBERTÉ, Henri,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LANGLOIS, Marcel,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LAPOINTE, Donat,	à l'Hôpital de la Crèche.
LAPOINTE, Henri,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LAROCHELLE, Jean-Louis,	à l'Hôtel-Dieu.
LAROCHELLE, Napoléon,	à l'Hôtel-Dieu.
LAROCHELLE, Paul,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LARUE, Antoine,	à l'Hôpital de la Crèche.
LARUE, G.-Henri,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
LARUE, Lucien,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
LAVERGNE, Nérée,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LAVOIE, Roland,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LEBLOND, Sylvio,	à l'Hôpital des Anciens Combattants.
LEBLOND, Wilfrid,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LECLERC, L.-Ph.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LEFEBVRE, Lucien,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LEMIEUX, Jean-M.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LEMIFUX, Lionel,	à la Clinique Roy-Rousseau.
LEMIEUX, Renaud,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LESSARD, J.-Marc,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
LESSARD, Richard,	à l'Hôtel-Dieu.
LESSARD, Robert,	à l'Hôtel-Dieu.
LETARTE, François,	à l'Hôtel-Dieu.

MM. MARANDA, Émilien,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MARCOUX, Gendron,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MARCOUX, Henri,	à l'Hôtel-Dieu.
MAROIS, André,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MARTEL, Antonio,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MARTIN, Charles-A.,	à la Clinique Roy-Rousseau.
MERCIER, Arthur,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MICHAUD, J.-Thomas,	à l'Hôtel-Dieu.
MILLER, J.-Chs,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
MOREAU, Alphonse,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MORIN, Eustace,	à l'Hôpital des Anciens Combattants.
MORIN, J.-Édouard,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
NADEAU, Honoré,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
NAUD, Robert,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
PAGÉ, Robert,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
PAINCHAUD, Chs-A.,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PAINCHAUD, Paul,	à l'Hôtel-Dieu.
PAQUET, Adrien,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
PAQUET, Albert,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
PAQUET, Berchmans,	à l'Hôtel-Dieu.
PARADIS, Bernard,	à l'Hôpital des Anciens Combattants.
PARADIS, Yvon,	à l'Hôpital de la Miséricorde.
PATRY, Laurent,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PAYEUR, Léo-R.,	à l'Hôtel-Dieu.
PELLETIER, Alphonse,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PELLETIER, J.-Émile,	à l'Hôtel-Dieu.
PEPRON, Edmour,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
PETITCLERC, J.-Louis,	à l'Hôtel-Dieu.
PETITGREW, Antoine,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
PICHETTE, Henri,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
PLAMONDON, Marcel,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
POLIQVIN, Paul,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
POTVIN, A.-R.,	à l'Hôtel-Dieu.
POULIOT, Antoine,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

MM. REID, Léonide,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
REINHARDT, Georges,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
RICHARD, Philippe,	à l'Hôpital Laval.
RINFRET, Lucien,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROCHETTE, Paul,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
ROGER, J.-Paul,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROUSSEAU, Louis,	à l'Hôpital Laval.
ROUSSEAU, Marie,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROY, L.-François,	à l'Hôtel-Dieu.
ROY, Ls-Philippe,	à l'Hôtel-Dieu.
ROYER, Louis,	à l'Hôtel-Dieu.
ROYER, Maurice,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
SAINT-ARNAUD, Grégoire,	à l'Hôtel-Dieu.
SAMSON, Euchariste,	à l'Hôtel-Dieu.
SAMSON, Mathieu,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
SAMSON, Maurice,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
SAULNIER, Georges,	à l'Hôtel-Dieu.
SCHERRER, Roland,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
SIMARD, Philippe,	à l'Hôpital des Anciens Combattants.
SIMARD, René,	à l'Hôpital de la Miséricorde.
SIROIS, Jean,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
SYLVESTRE, Ernest,	à l'Hôpital Laval.
THÉRIEN, Mercedès,	à la Faculté de médecine.
THERRIEN, Richard,	à l'Hôtel-Dieu.
THIBAUDEAU, Roland,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
TREMPE, Florian,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
TURCOT, Jacques,	à l'Hôtel-Dieu.
TURCOT, Roland,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
TURCOTTE, Maurice,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
VACHON, Malcolm,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
VERGE, Willie,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
VERREAULT, J.-E.,	à la Faculté de médecine.
VÉZINA, Charles,	à l'Hôtel-Dieu.
VOYER, Victorin,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

## RÈGLEMENTS

de la

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

---

#### MEMBRES

La Société se compose de membres titulaires, de membres adhérents et de membres correspondants.

Peuvent devenir membres titulaires : les professeurs et les agrégés de la Faculté de médecine ; les chefs de Service dans les hôpitaux universitaires.

Peuvent devenir membres adhérents : les assistants dans les Services hospitaliers et dans les laboratoires universitaires.

Les membres adhérents ne font partie de la Société que pendant la durée de leurs fonctions universitaires,

Les membres correspondants sont élus parmi les notabilités médicales canadiennes et parmi les médecins et savants étrangers qui peuvent apporter à la Société une contribution utile ou qui ont des titres à sa reconnaissance.

Pour être élu membre de la Société, à quelque titre que ce soit, il faut :

1° Que le candidat soit proposé par écrit au Bureau de direction par un membre titulaire ;

2° Que sa candidature soit soumise aux membres de la Société lors d'une séance régulière ;

3° Que le candidat recueille la majorité des suffrages des membres présents à la séance suivante.

La qualité de membre de la Société se perd,

1° Par la démission ;

2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'assemblée générale comprenant au moins la moitié des titulaires, à la majorité des deux tiers des membres présents ;

3° Par le refus de régler sa cotisation annuelle pendant deux années consécutives.

#### OFFICIERS

Le Bureau de la Société se compose d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et d'un trésorier.

Le Conseil d'administration se compose des membres du Bureau et de trois membres de la Société élus pour trois ans.

Ces derniers, de même que le secrétaire et le trésorier qui sont élus pour un an, sont indéfiniment rééligibles.

Le président et le vice-président sont élus pour un an. Ils ne sont rééligibles qu'une fois.

#### RESSOURCES

Les ressources de la Société proviennent des cotisations et souscriptions de ses membres ; des dons et legs ; des subventions qui pourraient lui être accordées.

La cotisation annuelle, payable en janvier, est de \$5. pour les membres titulaires et de \$3. pour les membres adhérents.

Les membres reçus lors des séances d'octobre, novembre et décembre ne sont pas sujets à la cotisation pour l'année courante.

La cotisation n'est pas exigée des professeurs émérites.

#### RÉUNIONS

A. — Une *assemblée générale* des membres de la Société se réunit au moins une fois l'an.

1° Pour entendre le rapport du Conseil d'administration sur la situation générale de la Société ;

2° Pour entendre le compte rendu, par le secrétaire, des travaux de la Société pendant le cours de l'année ;

3° Pour entendre le rapport du trésorier ;

4° Pour procéder à l'élection des officiers.

L'Assemblée générale des membres de la Société aura lieu à l'École de médecine.

*B. — Les séances.* En dehors de la période des vacances (juillet et août) les séances ont lieu tous les premier et troisième vendredis de chaque mois, sauf le premier vendredi de janvier et le Vendredi saint.

Les séances ont lieu soit à l'École de médecine, soit dans les hôpitaux universitaires.

On tient un procès-verbal des séances.

#### *Ordre des séances*

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Discussion à propos du procès-verbal ;

3° Correspondance ;

4° Présentation de malades ;

5° Lecture des travaux.

Les séances ne doivent pas durer plus de deux heures.

A moins d'une autorisation préalable et exceptionnelle du président, quinze minutes seulement sont allouées pour chaque présentation ou communication.

La discussion consécutive à chaque présentation ou communication est limitée à cinq minutes.

#### *Texte et résumé des communications*

Le texte de toute communication faite devant la Société doit être déposé séance tenante entre les mains du secrétaire pour publication dans le *Laval médical*.

Un résumé succinct (une vingtaine de lignes) des travaux doit être annexé au texte intégral.

Ces formalités sont de rigueur absolue.

## INVITÉS

Les membres de la Société médicale de Québec sont admis aux séances de la Société médicale des Hôpitaux universitaires.

## PUBLICATIONS

Aucune communication ne peut être publiée au nom de la Société sans l'approbation du Bureau.

---



## COMMUNICATIONS

---

### CONSIDÉRATIONS SUR L'ANIRIDIE \*

par

Jacques BOULANGER

*du Service d'ophtalmologie de l'Hôpital des anciens combattants*

---

Les malformations oculaires suscitent toujours la curiosité de l'observateur. Rarement rencontrée dans les cliniques journalières, l'aniridie offre, à l'occasion, un intérêt remarquable.

L'observation d'un aniridique de dix-huit mois nous donne l'occasion d'étudier les aspects variés de cette manifestation dysembryologique.

#### OBSERVATION

O. M. est né à terme d'une mère multipare. C'est la grandeur anormale des pupilles qui éveille, par hasard, l'attention, au cours d'un examen de routine. On suspecte alors l'aniridie, l'enfant n'ayant reçu, localement, aucun mydriatique ni aucun cycloplégique.

Devant une telle possibilité l'examen ophtalmologique et général s'impose.

---

\* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 16 mars 1951.

### I. Examen ophtalmologique :

Les paupières et les conjonctives sont normales. Il n'y a pas d'exophtalmie ou d'énophtalmie, ni de micro- ou macrophtalmie. Les cornées sont de dimensions, de forme et de transparence normales. Les pupilles, très élargies, couvrent l'aire cornéenne. La skiascopie laisse entrevoir un reflet très large du fond d'œil.

Le cristallin apparaît libre d'opacités.

L'équateur nous apparaît comme formant une circonférence linéaire concentrique au limbe. Du côté interne, dans chaque œil, on peut compter, à loisir, quelques procès ciliaires.

La tension oculaire s'est révélée normale : œil droit, 24 millimètres de mercure ; œil gauche, 30 millimètres de mercure.

Incidemment, au cours de l'anesthésie générale, nous avons remarqué une légère baisse de 5 à 7 millimètres du tonus, au fur et à mesure que l'anesthésie devenait plus profonde. A notre grande surprise, le fond d'œil paraît normal : la papille est bien constituée, ainsi que, en son centre, l'épanouissement vasculaire.

Apparemment, il n'y a pas d'aplasie maculaire. La rétine ne présente pas de plis. La choroïde sous-jacente est normale en épaisseur et en pigmentation.

L'enfant n'a pas de douleurs ni larmoiement. Mais, il souffre, à un certain degré, de photophobie.

La fixation est moyenne et troublée, de temps en temps, par des secousses de nystagmus qui sont de courte durée. La présence, toutefois, de ce nystagmus intermittent, du type *ex anopsia*, laisse planer un doute sur l'intégrité fonctionnelle de la *macula*.

### II. L'examen général :

Il est pratiqué par le docteur E. Déchène et se lit comme suit :  
« Enfant présentant un rachitisme moyen. Retard marqué de la fontanelle antérieure qui est encore grande ouverte.

« Retard dentaire : huit dents au lieu de douze.

« Légère cyphose lombaire. Ne se tient pas debout.

« Légère hypotonie généralisée.

« Les organes profonds : cœur, poumons, foie et rate, sont sans particularités.

« Les réflexes sont difficiles à interpréter, étant donné l'âge de l'enfant.

« Le psychisme semble normal, étant donné l'âge du malade et le milieu d'où il vient. »

Avez-vous suivi la description clinique de ce malade ?

Vous vous rendez compte de la coexistence de signes oculaires et de signes généraux.

Les signes oculaires sont l'aniridie, la petitesse de la C. A., la photophobie, la mauvaise fixation et le nystagmus intermittent.

L'aniridie ou iridérémie est l'absence congénitale d'iris. Cliniquement, on parle d'absence totale, quoique, anatomiquement, il existe souvent une frange de tissu irien plus ou moins modifié, dissimulée dans l'angle.

L'examen anatomo-pathologique mettrait en évidence ce rudiment d'iris, mais il est rarement pratiqué.

L'affection est presque toujours bilatérale.

L'orifice pupillaire, qui, dans ses limites normales, mesure entre 2 et 7 millimètres de diamètre, est considérablement agrandi et se confond avec le diamètre transparent de la cornée.

On observe à souhait le reflet spontané du fond d'œil, entravé qu'il puisse être par les opacités cristalliniennes fréquentes, réalisant le type de cataracte polaire ou zonulaire, ou par les ectopies.

Des troubles du vitré, et des foyers de choréïdite complètent souvent le tableau. Souvent, aussi, la rétine est décollée. L'œil est parfois hypertendu. En effet, 40 pour cent des aniridiques font du glaucome, dit Duke-Elder. L'humeur aqueuse ne peut s'écouler, à cause des modifications de l'angle de filtration.

Elle semble être produite en quantité normale. Cette simple constatation donne le coup de barre définitif à la théorie qui confie à l'iris le rôle sécrétoire et exclusif de l'humeur aqueuse.

On a noté aussi l'aplasie de la macula. A cela, s'ajoutent des troubles moteurs qui se manifestent par du nystagmus du type *ex anopsia*.

Fonctionnellement parlant, ces modifications anatomiques et physiologiques entraînent une gêne visuelle considérable. L'évaluation de la

fonction varie énormément d'un aniridique à l'autre et dépend de l'adaptation individuelle.

Ici, l'âge de l'enfant ne nous permet pas d'établir, dès à présent, la valeur de son œil ; nous pouvons néanmoins prévoir un pronostic plutôt sombre. Le diagnostic de l'aniridie s'établit à la suite d'un examen sérieux et détaillé. L'observateur prudent aura vite entrevu le diagnostic différentiel avec le colobôme très large ou une mydriase submaximale médicamenteuse.

La question du traitement curatif ne se pose pas.

Le traitement préventif consiste à interdire aux aniridiques de contracter mariage entre eux.

L'explication de cette défense réside dans les constatations suivantes.

En effet, dans les malformations oculaires, comme en tératologie générale, on peut distinguer une genèse morphologique, et une genèse étiologique.

L'étude de la première découle de l'anatomie et de l'embryologie normales. On s'en prend alors à la défectuosité du germe, fondement de l'aniridie héréditaire-familiale qui nous fournit de véritables fratries d'aniridiques. Le facteur hérédité joue certainement un grand rôle et sa valeur mérite d'être considérée.

L'étude de la seconde repose sur des causes internes et externes. On parle alors des inflammations dues à la syphilis, la rubéole, etc. On accuse aussi les toxines, les rayons X qui, parfois, viennent détruire les cellules embryologiques très radiosensibles.

On parle encore de compressions anormales au niveau des feuillets ectodermiques amenant un arrêt de développement de toutes les formations qui en découlent.

Ces théories explicatives ne semblent pas avoir éclairé le problème de façon satisfaisante. C'est pourquoi il faut pousser plus loin l'étude de l'aniridie.

Les signes oculaires sont plutôt restreints chez notre petit malade. Mais, nous avons noté chez lui des signes généraux dignes de mention : rachitisme, ouverture de la fontanelle, retard dentaire, cyphose, etc. Le psychisme paraît normal, mais attendons.

La compilation des cas d'aniridie, nous porte à croire qu'il ne faut pas considérer l'aniridie comme une affection isolée, confinée à l'œil, mais plutôt comme un symptôme important d'un syndrome oculo-somatique et même mental.

De plus, les examens, les épreuves réalisées chez les aniridiques, ont montré que les porteurs de cette malformation oculaire présentaient souvent le complexe d'oligophrénie, à condition, cependant, que l'on s'entienne à la définition suivante, à savoir : « Débilité mentale, intellectuelle ou affective, affectée à une hypoplasie du système nerveux, avec retard dans le développement somatique. »

L'idée d'hérédité à caractère récessif doit être rattachée à celle de débilité mentale ou affective. Ce point capital d'hérédité expliquerait le caractère héréditaire du complexe anirido-oligo-phrénique, et la spécification d'hérédité récessive expliquerait les cas d'aniridie sporadique.

C'est alors que l'aniridie, considérée sous cet angle neuro-psychologique et ophtalmologique, nous offre un horizon plus vaste qu'il importe de contempler pendant quelques instants.

L'idée d'étiologie morphologique, basée sur l'anatomie et l'embryologie normales, remonte à la surface.

Les travaux des neuro-anatomistes nous sont ici d'un précieux secours et mettent en vedette la valeur des relations entre les voies optiques et la base du cerveau.

C'est toute l'anatomie du thalamus et de l'hypothalamus qu'il faut considérer avec attention. Ce dernier est formé, en avant, par les voies optiques et, en arrière, par la partie antérieure de l'*infundibulum* contenant des noyaux importants du système organo-végétatif. L'association de ces noyaux avec l'œil est réelle anatomiquement. On sait d'ailleurs, que ces noyaux et l'hypophyse s'unissent ou se désunissent dans leur action physiologique, formant complexe dont les modalités peuvent agir dans les deux sens : œil — système nerveux ; hypophyse — vice versa.

A l'appui de ces données anatomiques et physiologiques, notons que la vésicule optique et l'hypophyse se développent en même temps que le plancher du troisième ventricule auquel l'embryologie les rattache.

On conçoit alors aisément la possibilité et l'explication de troubles pathologiques communs.

La liste des maladies oculaires avec troubles mentaux et déficience somatique peut s'allonger : maladie de Tay-Sachs ; rétinites pigmentaires ; dégénérescences tapéto-rétiniennes ; maladie de Steinert.

Il n'est donc plus possible de constater la coexistence de troubles oculaires, somatiques et mentaux comme un simple hasard. Il convient donc de ne plus parler d'aniridie, mais plutôt de complexe anirido-somatique.

Krause, de Chicago, a beaucoup étudié la question et a groupé une foule de syndromes oculaires sous l'étiquette *Congenital encephalopathic dysplasia*, sous laquelle je fais entrer notre petit aniridique de dix-huit mois.

Les constatations anatomiques, embryologiques et psychologiques que nous venons de faire constituent un chapitre assez récent de la neuro-ophtalmologie susceptible d'intéresser, non pas seulement l'ophtalmologiste, mais aussi le neurologue et le psychiatre et, par extension, l'anatomiste et le pédiatre.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. ELDER, Sir Duke, Text book of ophtalmology.
  2. Traité d'ophtalmologie.
  3. WOLF, Anatomy of the eye and orbit.
  4. Book of the year, *Eye, ear, nose and throat*, 1948.
  5. SCHACHTER, M., et OURGAND, Archives d'ophtalmologie, tome 8, n° 4.
  6. KRAUSE, *Arch. of ophtalmology*, 387, 1946.
  7. OFFRET, Guy, L'œil et le diencéphale.
-

## BRONCHOGRAPHIE ET SUBSTANCES OPAQUES HYDROSOLUBLES \*

par

Jules HALLÉ, Lionel MONTMINY et Marcel BILODEAU

*du Service de broncho-œsophagoscopie de l'Hôpital Laval*

---

Les dilatations bronchiques sont fréquemment observées au cours de la tuberculose pulmonaire. Les signes cliniques et radiographiques ne peuvent pas toujours affirmer, cependant, à eux seuls, l'existence de bronchiectasies. Il faut, dans certains cas, ajouter à nos moyens de recherche l'instillation endobronchique de substances opaques. Celles-ci, en permettant de mieux voir les contours des images, contribueront souvent à mettre en relief un amas de dilatations bronchiques, là où nous suspicions l'existence d'une caverne ou d'une infiltration du parenchyme. La thérapeutique et l'acte chirurgical en seront dès lors considérablement modifiés.

Quelle substance employer ? Nous avons cru intéressant de communiquer les observations faites à l'Hôpital Laval depuis quelques mois sur l'emploi de substances hydrosolubles et de les comparer brièvement avec les substances huileuses encore généralement utilisées.

---

\* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 9 novembre 1951.



Un article récent publié dans *Diseases of the Chest*, journal officiel de l'*American College of Chest Surgeons*, définit ainsi les qualités que doit avoir la substance opaque en bronchographie :

- 1° Elle ne doit pas produire d'irritation au poumon et ne pas causer de réactions générales ;
- 2° Elle doit se mélanger aux sécrétions bronchiques ;
- 3° Elle doit être facilement et rapidement éliminée des poumons ;
- 4° Il faut qu'elle remplisse ou dessine même les plus petites bronches, sans envahir le parenchyme ;
- 5° Elle doit maintenir l'opacification pendant un temps suffisant pour permettre la prise de radiographies ;
- 6° Elle doit être suffisamment opaque et sa technique d'administration, très facile.

Les substances huileuses, et parmi elles le lipiodol, sont peu irritantes pour les bronches et délimitent bien les images. Mais, elles ont l'inconvénient, par suite de leur texture, de ne pas se mélanger aux sécrétions bronchiques. Elles donnent, de ce fait, des images de remplissage incomplet, lorsque des sécrétions stagnent dans les petites bronches. Les solutions huileuses ont un autre désavantage. Elles demeurent longtemps dans les bronches et dans le parenchyme. Cette stase est particulièrement marquée dans les cas où, par suite d'un état pathologique bronchique, les moyens mécaniques d'expulsion sont réduits au minimum. Les exemples ne manquent pas où la substance contrastante est demeurée dans les voies aériennes inférieures pendant des semaines, des mois et, parfois, des années. Sa décomposition donne alors naissance à des produits irritants pour la muqueuse et pour l'alvéole pulmonaire.

On rapporte, de plus, quelques accidents graves causés par des embolies, à la suite de la pénétration accidentelle de substances huileuses dans la voie sanguine.

Les recherches ont été dirigées depuis quelques années vers la découverte d'une substance opaque répondant davantage aux qualités résumées par *Diseases of the Chest*. Des poudres diverses furent pulvérisées dans l'arbre bronchique sans fournir les résultats attendus. Les substances hydrosolubles paraissent avoir plus de succès.

Il y a actuellement dans le commerce deux produits hydrosolubles, l'un suisse, l'autre suédois. Nous avons expérimenté avec le produit suédois et nous sommes reconnaissants au président de la filiale américaine de *Astra Pharmaceutical Products, Inc.* \* de nous avoir fourni gracieusement le matériel nécessaire à nos recherches. Il s'agit de l'*Umbradil*, désigné, aux États-Unis, sous le nom de *Xumbradil*. C'est une solution aqueuse de diéthanolamine et de cellulose carboxyméthyllique. La solution est additionnée d'un anesthésique local, la xylocaïne à 5 pour cent.

La solution se présente sous forme d'un liquide incolore, stable, pouvant se conserver à la température de la chambre. Sa viscosité est comparable à celle des solutions huileuses. Sa limpidité peut être modifiée quand la substance est longtemps exposée à la lumière.

Hellström et Holmgren ont fait des expériences avec l'*Umbradil* chez des chats et chez des lapins. Ils ont recherché la réaction du tissu pulmonaire à la suite de l'injection endobronchique. Ils ont constaté, histologiquement, une congestion banale, non spécifique, comparable à celle obtenue à la suite de l'instillation dans la bronche de sérum physiologique. Le composé iodé est éliminé par la voie rénale. La cellulose carboxyméthyllique est ingérée par les phagocytes alvéolaires.

La principale contre-indication à l'usage du produit est la néphrite aiguë. Il n'est pas recommandable de l'utiliser, pas plus que le lipiodol, dans certaines infections broncho-pulmonaires aiguës et chez les grands asthéniques. Les dangers d'aggravation de l'infection sont cependant moindres, par suite de l'élimination rapide de la substance.

#### TECHNIQUE

Nous employons la technique suivante : injection de morphine et d'atropine, une heure avant l'examen. L'anesthésie générale est exceptionnelle et réservée uniquement aux enfants qui ne peuvent coopérer. Nous pratiquons l'anesthésie locale à l'aide de la pontocaïne, soit quatre centimètres cubes d'une solution à deux pour cent en pulvérisation dans le pharynx et l'hypo-pharynx et deux centimètres cubes d'une solution à

\* Monsieur Borje F. Jalar.

un demi de un pour cent en instillation dans le larynx et les bronches. Il faut procéder lentement afin d'obtenir une bonne anesthésie des muqueuses. Une bronchoscopie est alors pratiquée, afin de bien aspirer *de visu* toutes les sécrétions retenues dans les bronches. Le malade est ensuite conduit au Service de radiologie où nous nous servons de sondes opaques en gomme pour diriger, sous écran fluoroscopique, la substance contrastante dans tel lobe ou dans tel segment de lobe. Une inclinaison différente est donnée à la table, selon qu'il s'agit d'une bronchographie de la base, de la région moyenne ou du sommet. Nous instillons lentement et sans pression une quantité pouvant aller jusqu'à quinze centimètres cubes de la substance opaque. L'arrivée et le cheminement de la solution dans l'arbre bronchique sont suivis à la fluoroscopie. La substance a tendance à couvrir la muqueuse d'une mince couche sans obstruer la lumière endobronchique. En raison de cette plus faible imprégnation et par suite de la tendance de la solution à envahir les alvéoles, il faut procéder plus rapidement pour la radiographie. Il est recommandable d'utiliser la même pénétration que pour une radiographie ordinaire. Des clichés sont tirés dans les trois positions, antéro-postérieure, latérale et oblique.

Nous avons intentionnellement, dans tous nos cas, évité le drainage postural, afin de mieux juger de la disparition de la substance hydrosoluble par les voies d'élimination ordinaires de l'organisme. Le malade en rejette une grande partie par la toux et les expectorations. La moitié de la substance opaque est disparue après trente minutes et presque complètement après une heure. Dans aucun cas, nous n'avons pu retrouver la substance dans les bronches ou dans les alvéoles pulmonaires, cinq heures après l'examen. De plus, les malades n'ont présenté aucune manifestation particulière, dans les heures ou les jours qui ont suivi.

#### RÉSUMÉ

En résumé, nous avons analysé les avantages de l'emploi de substances hydrosolubles en bronchographie et nous avons rapporté nos propres expériences avec le produit suédois, l'*Umbradil*, ou le *Xumbradil* américain. Nous avons constaté que la mise en relief des images est

moins accentuée avec cette substance qu'avec le lipiodol, mais reste suffisante pour une bonne interprétation. La technique avec l'*Umbradil* est sensiblement la même que celle employée avec la substance huileuse, mais elle demande un peu plus de rapidité dans son exécution. Dans tous les cas, le produit est bien toléré. Il est également éliminé très rapidement, ce qui, à notre avis, constitue un avantage remarquable sur les solutions huileuses.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. ATWELL et PEDERSEN, A water-soluble contrast medium for bronchography, *Diseases of the Chest*, **18** : (décembre) 1950.
  2. HELLSTRÖM, B., et HOLMGREN, H., The reaction of the lung in bronchography with viscous Umbradil, Umbradil and Carboxymethylcellulose, *Acta Radiol.*, **32** : 471, 1949.
  3. MORALES, O., Further studies with viscous Umbradil. Its indications and technical applications, *Acta Radiol.*, **32** : 317, 1949.
  4. MORALES, O., et HEIWINKEL, H., A viscous, water-soluble contrast preparation. Preliminary Report, *Acta Radiol.*, **30** : 257, 1948.
  5. SCHELANSKI, H. A., et CLARK, A. M., Physiological action of sodium carboxymethylcellulose on laboratory animals and humans, *Food Research*, **13** : 29, 1948.
-

**CONDUITE A TENIR EN ANESTHÉSIE**  
**AU COURS DE LA CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE \***

par

**Bernard PARADIS**

*de l'Hôpital des anciens combattants  
et de l'Hôpital Saint-François d'Assise*

et

**Télesphore ROBERT**

*de l'Hôpital Saint-François d'Assise*

---

Le 22 mai 1950, nous étions tout heureux et rempli d'enthousiasme d'avoir l'occasion de nous associer aux docteurs Jean-Louis Petitclerc, Gustave Auger et Jean Fortier pour anesthésier le premier cas de sympathectomie péri-aortique, pour le traitement de l'angine de poitrine, chez un vétéran de l'Hôpital des anciens combattants de Québec, Monsieur F. . .

A la fin de l'intervention, qui avait duré cinq heures, plus que satisfaits de l'état de notre patient, nous pensions déjà à de nombreuses interventions de ce genre.

---

\* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 16 novembre 1951.

La deuxième intervention, chez Monsieur D. . . , le 3 juillet 1950, a été un échec thérapeutique imputable à la nature de l'affection cardiaque. Il ne s'agissait pas d'une angine pure, mais d'un rétrécissement aortique presque complet.

Nous avons, ultérieurement, anesthésié les deux premiers cas de ligature de la veine cave inférieure présentés par le docteur Jean Fortier.

Ceci dit, résumons succinctement, en nous basant sur les recherches et les travaux faits dans les grands centres de chirurgie cardio-vasculaire, sur la littérature actuelle la plus orthodoxe et sur notre expérience acquise au cours de l'anesthésie des cardiaques en chirurgie générale ou spécialisée, la conduite que nous croyons devoir suivre, actuellement, quand il nous faut anesthésier des cardiaques.

Schématiquement, voici nos conclusions :

#### A. AVANT L'OPÉRATION

##### 1° *Appareils spéciaux désirables :*

1. Détecteur d'anhydride carbonique ;
2. Oxymètres  $\left\{ \begin{array}{l} \text{Van Slyke,} \\ \text{Millikan ou Millikan modifié ;} \end{array} \right.$
3. Électro-phono-cardiogramme ;
4. Respirateur mécanique ou pulmo-moteur ;
5. Électrodes pour défibrillation ou stimulation cardiaque ;
6. Transfusion intra-artérielle.

##### 2° *Drogues :*

Toutes celles prévues ; elles sont prêtes d'avance.

##### 3° *Contrôle complet de l'état du patient :*

1. Tests de résistance pulmonaire et cardiaque : tels ceux de l'Institut Lavoisier ;
2. Tests approximatifs de risque opératoire ;
3. Certitude du diagnostic.

### B. PENDANT L'INTERVENTION

1. Contrôle adéquat du système nerveux autonome ou neuro-végétatif ;
2. Contrôle adéquat de la respiration ;
3. Contrôle adéquat de la grande et petite circulation ;
4. Contrôle adéquat du rythme cardiaque.

### C. APRÈS L'INTERVENTION

Salle de réveil appropriée.

### A. AVANT L'INTERVENTION

Nous, anesthésistes, étions par le passé, handicapés par l'impossibilité où nous nous trouvions de pouvoir déceler le moindre degré d'anoxémie. Il a été prouvé que la cyanose n'est décelable, même pour l'observateur le plus entraîné, que lorsque la saturation artérielle d'oxygène est diminuée d'au moins 30 pour cent de la normale. Les nouveaux appareils à anesthésie ont un détecteur d'anhydride carbonique.

L'oxymètre est un appareil permettant de déterminer approximativement l'oxygène dans le sang artériel. Le plus précis est le Van Slyke, mais il requiert l'aide de techniciens de laboratoire.

Le Milli kan, modifié par Stephen, Slater, Johnson et Sekely, au département de physiologie de l'université McGill, est plus simple et basé sur une technique photo-électrique.

Le contrôle du cœur est nettement facilité par l'électro-phono-cardiogramme ; cet appareil permet de voir constamment le tracé électro-cardiographique ou son inscription continue et immédiate, selon les besoins du moment, et, en plus, il permet l'amplification de l'auscultation cardiaque.

Le respirateur mécanique a pour but d'aider le contrôle de la respiration, s'adaptant à l'amplitude, à la fréquence et à la force désirées. Il y a, actuellement, plusieurs variétés de ces appareils ; certains d'entre eux ont un moteur et d'autres fonctionnent au moyen d'air comprimé.



D'autres, tel celui fabriqué par l'ingénieur Roger Ray, contrôlent et l'inspiration et l'expiration du patient, permettent la respiration assistée et la respiration contrôlée : ce genre d'appareil s'appelle un pulmo-moteur.

Pour prévenir une hémorragie foudroyante, au cours de l'intervention cardio-vasculaire présentant ce danger, il est de bon aloi d'avoir, prêt à fonctionner, l'équipement requis pour la transfusion intra-artérielle. Celui que nous avons décrit à la dernière séance médicale de cet hôpital, le printemps dernier, se prête bien à nos besoins, nous le croyons, à cause de sa simplicité. De même, il est utile de posséder, sur la table d'instrumentation, les électrodes servant ou à défibriller le cœur ou à le stimuler. Ils peuvent remplacer le massage cardiaque. Toutes les drogues et tous les produits anesthésiques doivent être à portée de main.

Est-ce que le diagnostic de la maladie cardiaque en cause est relativement certain ? Il le faut si l'on ne veut pas aboutir à un échec.

A l'Institut Lavoisier, dirigé présentement par le docteur Fernand Grégoire, un travail magnifique se fait en ce sens ; les tests sur l'état pulmono-cardiaque du patient et sur sa résistance permettent d'établir un pronostic vrai, quant au risque opératoire, et une confirmation ou non du diagnostic posé cliniquement.

Il existe une série d'indices permettant d'obtenir une idée approximative de la résistance et de l'opérabilité de tel ou tel patient. Les principaux sont :

$$1^{\circ} \text{ La loi de Moots : } \frac{\text{Pression du pouls} \times 100}{\text{Pression diastolique}}$$

Sa normale est de  $25 \times 75$ .

$$2^{\circ} \text{ L'index de Froes : } \frac{\text{pression systolique} \times 100}{\text{Pourcentage d'hémoglobine gl. rouges}} \\ (\text{en cent mille})$$

En haut de 7, c'est anormal.

3° L'index d'énergie de Barach : montant d'énergie permis par le système cardio-vasculaire par minute.

Pouls  $\times$  (pression artérielle maximum + pression artérielle minimum). Les deux premiers chiffres donnent l'indice :

13 à 18 = normal ;

10 à 13 = fatigue du cœur et défaillance circulatoire ;

18 à 20 = surcharge circulatoire.

4° La capacité vitale : normale = 3,500 centimètres cubes.

5° Le test de Crampton.

6° Pouls  $\times \frac{(T. A. mx - T. A. mn)}{100}$ .

Normale : 20 à 45

7° L'indice de McKesson : il peut montrer que l'état s'aggrave durant l'opération ; c'est-à-dire lorsque le pouls monte en haut de 100 et que la pression systolique baisse en bas de 100.

Ces indices, il va sans dire, doivent être considérés, non comme infailibles, mais comme des adjuvants. Il est bon de les connaître.

#### B. PENDANT L'INTERVENTION

Nous sommes encore de l'opinion que le système nerveux autonome ou neuro-végétatif joue un grand rôle dans la genèse de la plupart des troubles per- et postopératoires. Au cours de l'intervention, toute une série de *stimuli* sont déclenchés au niveau des territoires neuro-végétatifs, lesquels *stimuli* se poursuivent souvent après la fin de l'opération.

A ces excitations répétées, le système nerveux autonome répond par une libération des différents médiateurs, à effets d'abord louables, puis souvent désastreux. Telle est la vaso-constriction initiale conduisant à l'hyperperméabilité vasculaire et au choc. Il y en a beaucoup d'autres.

Il y a avantage, croyons-nous présentement, à stabiliser le S. N. A. au cours de l'opération, en agissant sur toutes les voies de l'arc réflexe, sur les centres (barbituriques, morphine, novocaïne), sur les voies centripètes et sur les effecteurs (atropine, hyoscine, novocaïne, anti-

histaminiques), sur les ganglions et les synapses (les curares et curarisants).

Disons que le point important est de connaître parfaitement la pharmacodynamie des produits employés et de s'en servir au moment opportun.

Il n'y a pas de règles standard à suivre, mais il y a un système nerveux autonome complexe qui varie avec le patient au cours de l'intervention et qui exige une surveillance étroite et une thérapeutique prompte.

Le contrôle de la respiration est d'importance également capitale, mais moins connue. Plusieurs ont probablement entendu parler de la technique récente, découverte par Soltero, Faulconer et Bickford, de la Clinique Mayo, permettant le contrôle automatique de l'anesthésie, au moyen d'un appareil électro-mécanique basé sur la relation existant entre la profondeur de l'anesthésie et l'onde électrique produite au niveau du cortex. Nous devons attendre que ce procédé soit bien établi avant de l'utiliser au cours d'une opération importante.

Les techniques du contrôle de la respiration se schématisent ainsi sous deux chefs :

1° *Respiration supplémentaire* où le centre respiratoire est temporairement inhibé ;

2° *Respiration complémentaire* où le centre respiratoire n'est pas inhibé, mais où l'arrêt de la respiration est dû à d'autres facteurs.

1° *Respiration supplémentaire :*

a) *Respiration contrôlée passive* : i.e. au quatrième degré du stade chirurgical ;

b) *Respiration contrôlée active*, c'est-à-dire par diminution de l'anhydride carbonique.

2° *Respiration complémentaire :*

a) *Respiration sous pression positive* de deux à quatre centimètres cubes d'eau constante sur l'inspiration et l'expiration ;

b) Respiration sous pression additionnée (*step-up respiration*), c'est-à-dire pression de sept à dix centimètres cubes d'eau, à la fin de l'inspiration pour empêcher l'expiration ;

c) Assistée : insufflation complète du poumon à toutes les trois ou quatre inspirations ;

d) Compensée : sous pression de sept à dix centimètres d'eau, pression qui alterne avec l'inspiration et l'expiration.

L'application de ces diverses formes de contrôle de la respiration doit être faite avec circonspection, quant au choix de la variété qui est requise par les conditions physiologiques du patient. Ces notions sont fondamentales et essentielles en chirurgie thoracique.

Pour résumer notre pensée, citons une couple d'exemples. Le cas d'un patient dont la respiration s'accélère à un rythme de 36 à 40 à la minute, sans cause apparente.

Comment ralentir la respiration sans approfondir inutilement l'anesthésie ? Simplement par quelques respirations sous pressions additionnées, d'une force maximale de dix centimètres d'eau. A la fin de la première inspiration, une deuxième inspiration forcée bloque la première expiration et on agit de la même façon pour la troisième inspiration. Cette action mécanique sur les terminaisons vagues alvéolaires tend à fatiguer le centre respiratoire, à en élever le seuil d'excitation et à ralentir ou arrêter la respiration.

Un deuxième exemple. Dans l'arythmie cardiaque d'origine ventriculaire droite par surcharge, lors d'une respiration diminuée en amplitude, comme le fait se présente très souvent au cours des interventions, le retour à la normale du cœur se fait par la respiration complémentaire sous pression positive de sept centimètres cubes d'eau ou sous pression compensée ; alors nous augmentons la pression intrabronchique et intrapleurale, nous diminuons proportionnellement le retour veineux sanguin au cœur droit, tout en augmentant le temps de remplissage du cœur et tout en diminuant le volume sanguin et l'ondée sanguine du cœur. Le rythme se régularise alors promptement.

Si nous avons obtenu une maîtrise, un contrôle presque parfait de la respiration, nous n'en pouvons dire de même du cœur. Regardons

cependant où nous en sommes rendus en ce qui touche le contrôle du rythme cardiaque au cours des interventions cardio-vasculaires.

Chaque anomalie qui survient dans le rythme cardiaque pose le double problème suivant que l'anesthésiste doit résoudre le plus rapidement possible.

1° D'abord, quelle est la *nature exacte du trouble* rythmique perçu ? Est-ce une simple arythmie d'origine extrasystolienne ? ou est-ce une fibrillation de l'oreillette, ou une fibrillation du ventricule ; ou une tachycardie ventriculaire ou d'autre nature ? C'est dans ces cas que l'électro-phono-cardiogramme est indispensable et peut résoudre un problème grave.

L'auscultation seule se montre impuissante en face de ce problème complexe qu'il faut résoudre dans les minutes qui suivent.

2° En deuxième lieu, l'anesthésiste, connaissant la nature exacte du trouble rythmique, doit en *trouver la cause*.

Quel est le facteur responsable ? Est-ce d'origine réflexe éloignée du cœur ? La position du patient sur la table, une irritation quelconque au niveau de la trachée, des bronches ou du poumon par l'intubation, par des sécrétions, par une longue pression positive ou par une insufflation rapide du poumon, ou encore un changement brusque du volume circulatoire : toutes ces causes peuvent provoquer les réflexes éloignés.

Est-ce, encore, dû à une cause d'origine chimique par les drogues utilisées ? Ou encore est-ce produit par une irritation directe au cours des manipulations sur le myocarde, le péricarde ou les sympathiques des vaisseaux du cœur ? Autant de questions auxquelles il faut répondre tout de suite.

Toutes les mesures prophylactiques servant à protéger le cœur doivent être utilisées avant l'intervention. Par exemple la surveillance dans l'administration des électrolytes, la baisse du seuil d'irritabilité cardiaque par la digitaline en application locale sur le myocarde et en injection intraveineuse au cours de l'intervention. Que d'autres encore.

Tous connaissent le massage cardiaque. Il existe une technique bien précise pour le faire. En plus, au cours de ces manœuvres de ressuscitation, il est important d'irriguer les coronaires par pression de l'aorte, juste au-dessus de l'embouchure coronarienne.

En dernier lieu, il faut maintenir un contrôle parfait de la circulation. L'injection des liquides est à surveiller, quant à sa masse et quant à sa nature.

#### CONCLUSION

Nous voyons donc le problème de l'anesthésie en chirurgie cardiovasculaire de cette façon. Nous ne sommes pas en faveur de compliquer inutilement notre travail. Nous croyons cependant devoir connaître tous les angles du problème, avoir à notre disposition tout l'outillage requis et nous familiariser avec celui-ci.

Après l'opération, le patient bénéficiera d'une attention spéciale dans une salle de réveil bien organisée.

Donc, avant, pendant et après l'opération, l'anesthésiste a une fonction importante à bien remplir.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. ALLUAUME, Pulmo-moteur : appareil pour la respiration assistée ou contrôlée, *Anesthésie et Analgésie*, 8 : 42, (février) 1951.
2. BURSTEIN, C. S., JACKSON, A., BISHOP, H., et ROVENSTINE, E. A., Curare in the management of automatic reflexes, *Anæsthesiology*, 409-422.
3. COLE, Frank, The poor risk patient, *Current Researches in Anæsthesia & Analgesia*, 52, (janvier-février) 1951.
4. HARKEN, Dwight, et NORMAN, Leona, The control of cardiac arrhythmia during surgery, *Anæsthesiology*, 1321, (mai) 1950.
5. HUGUENARD, Essai d'anesthésie générale sans anesthésique, *Anesthésie*, 5, (février) 1951.
6. PARADIS, Bernard, Équilibre du S. N. A. en anesthésie générale et considérations sur le mélange : syncurine-novocaïne, Publication prochaine dans le *Laval médical*.

7. PARADIS, Bernard, Massive rapid blood tranfusion via the intra-arterial or intra-venous routes, *Treatment Services Bulletin*, 6 : 379, (septembre) 1951.
  8. PARADIS, Bernard, Syncurine : a new curarising agent, *Treatment Services Bulletin*.
  9. SLOCUM, H., COOPER, Betty, et ALLEN, C., The control of respiration in anæsthesia, *Anæsthesiology*, 427, (juillet) 1950.
  10. SOLTERO, Donald, FAULCONER, Albert, et BICKFORD, R., The clinical application of automatic anæsthesia, *Anæsthesiology*, 574, (septembre) 1951.
  11. STEPHEN, C. R., SLATER, H. M., JOHNSON, A. L., et SEKELY, The oxymeter, a technical aid for the anæsthesiologist, *Anæsthesiology*, (septembre) 1951.
-

## LES BACILLES *PARACOLI* DANS LES ENTÉRITES DE LA PREMIÈRE ENFANCE

par

Léo GAUVREAU

du Département de bactériologie (université Laval)

---

On classe parmi les *paracoli* un groupe d'*enterobacteriaceæ* qui, intermédiaires entre les coliformes et les *salmonelleæ*, leur sont apparentés par leurs propriétés biochimiques et antigéniques. Ils se caractérisent par l'absence de fermentation du lactose ou par la lente fermentation de ce sucre.

Bien que le pouvoir pathogène de ce groupe bactérien demeure encore mal défini, la plupart des auteurs (7, 8) tendent, de plus en plus à lui reconnaître un rôle dans l'étiologie de certaines gastro-entérites. C'est ainsi que, au cours d'une étude systématique sur quelques milliers de souches de coliformes, Stuart et ses collaborateurs (1) ont eu l'occasion d'observer, chez quatre techniciens, des infections de laboratoire causées par des *paracoli* de leur collection. Un accident identique fut signalé en Angleterre par Hobbs, Thomas et Taylor (2), accident dû à une souche de *paracoli* isolée d'une épidémie d'intoxication alimentaire survenue dans une école. Précédemment, cette même souche s'était d'ailleurs montrée pathogène chez deux volontaires qui présentèrent des signes de gastro-entérite subséquemment à l'ingestion de la culture.

---

\* Une partie de ce travail a été effectuée à la Faculté de médecine de l'université Laval dans le Service du docteur J.-Edouard Morin.



L'apparition de nombreux cas de diarrhée, chez les enfants de la Crèche Saint-Vincent-de-Paul, nous a fourni l'occasion d'isoler un nombre important de ces bacilles *paracoli* dont 50 pour cent étaient agglutinés par les sérums *anti-Flexner* non saturés du commerce. Cette constatation nous fit penser, pour un moment, à la possibilité d'une épidémie à bacilles paradysentériques. Notre étude a porté sur l'analyse microbienne de 53 échantillons de selles, dont six provenaient du personnel de la cuisine.

#### BACTÉRIOLOGIE

Chaque échantillon de selles fut ensemencé, sans dilution préalable, sur des boîtes de Pétri garnies de gélose MacConkey et S S (*Shigella-Salmonella*) de Difco. Après vingt-quatre heures à l'étuve sur ces milieux sélectifs, toutes les colonies à caractères biochimiques et morphologiques distincts furent repiquées séparément sur une série de milieux, afin d'établir leurs caractères biochimiques propres. Nous avons donc recherché la fermentation du lactose, du glucose et de la mannite ; l'hydrolyse de l'urée ; la production d'indol et d'hydrogène sulfuré ; l'utilisation du citrate de sodium comme unique source de carbone ; la production d'acétone par la réaction de Vosges-Proskauer et, finalement, la réduction du rouge de méthyl et des nitrates.

Parmi les épreuves d'orientation destinées à éliminer les *salmonella* et les *shigella*, nous avons insisté, tout d'abord, sur l'acidification du bouillon lactosé à 10 pour cent <sup>1</sup>, la production de l'indol et la réduction des nitrates. Les *salmonella* ne produisent jamais d'indol et les *shigella* ne réduisent pas les nitrates. Comme certaines souches non indologènes de *paracoli* ne peuvent être éliminées sérologiquement du genre *salmonella*, nous avons, par conséquent, ajouté la recherche de l'action sur le saccharose et sur la salicine. Les différents types de *paracoli* furent étiquetés d'après leurs réactions sur l'*Imvic* (indol, rouge méthyl, Vosges-Proskauer, citrate).

Les 47 échantillons de fèces prélevés chez les enfants contenaient 25 souches de bacilles *paracoli* (tableau n° 1). Sur ce nombre, 17 apparte-

1. Sur les milieux où la concentration en lactose est faible, tels que le milieu de Kligler, la fermentation est souvent nulle après quarante jours.

TABLEAU I

## PROPRIÉTÉS BIOCHIMIQUES

NUMÉROS DES SOUCHES	LACTOSE « KLIGLER »	LACTOSE 1% M. Liq.	GLUCOSE	MANNITE	SACCHAROSE	SALICINE	CELLOBIOSE	URÉE	INDOL	R. M.	V. P.	CITRATE	H <sub>2</sub> S.	NITRATES	MOBILITÉ
---------------------------	---------------------	--------------------	---------	---------	------------	----------	------------	------	-------	-------	-------	---------	-------------------	----------	----------

## PARACOLOBACTRUM COLIFORMES

	#	+	+G	+	+	+	+	-	+	+	-	-	-	+	+
47	-	+	+G	+	+	+	+	-	+	+	-	-	-	+	+
102	-	+	+G	+	+	+	+	-	+	+	-	-	-	+	-
24-28-43-51	-	-	+G	+	+	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+
36-71	-	+	+G	+	+	+	-	-	+	+	-	-	-	+	-
54-108	-	+	+G	+	+	+	+	-	+	+	-	-	-	+	+
73-77	-	+	+G	+	+	+	+	-	+	+	-	-	-	+	-
41	-	+	+G	+	+	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+
91	-	+	+G	+	-	+	+	-	+	+	-	-	-	+	+
38-111-116	-	+	+G	+	-	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+
68	-	+	+G	+	-	+	-	-	+	+	-	-	-	+	-

## PARACOLOBACTRUM INTERMÉDIAIRES

59-66-112	-	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-
118	-	+	+	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	+	+
109	-	+	+G	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+
23	-	-	+G	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-	+	+

## PARACOLOBACTRUM AEROGÉNOIDES

33	-	+	+G	+	+	+	+	+	-	-	+	+	-	+	+
46	-	+	+G	+	+	+	+	-	-	-	+	+	-	+	+

LÉGENDE (#) : Sur milieu de Kligler, aucune des souches n'avait fermenté le lactose après cinquante jours.

(\*) - : pas de fermentation après cinquante jours.

(°) G : production de gaz.

naient au type *coliforme*, 6 au type *intermédiaire* et 2 au type *aerogenes*. Parmi ces échantillons, 15 ont fourni des cultures abondantes de *paracoli*, tandis que les dix autres ne donnèrent que de rares colonies de ces mêmes bacilles *paracoli*. Dans les 24 autres échantillons de fèces qui ne contenaient pas de bacilles *paracoli*, les cultures donnèrent de l'*Escherichia coli* à l'état pur ou associé à diverses *enterobacteriaceæ*, telles que le *pseudomonas pyocyanea*, le *proteus mirabilis*, le *fæcalis alcaligenes* et l'*aerobacter aerogenes*. Des six échantillons provenant du personnel de la cuisine, un seul a fourni une culture de très rares bacilles *paracoli*.

### SÉROLOGIE

Une fois classées d'après leurs propriétés biochimiques, toutes les souches de *paracoli* furent ensuite soumises à une analyse antigénique aussi poussée que nous le permettait notre collection de sérums spécifiques. Malheureusement, comme nous ne possédions pas de sérums antiparacoli, nous avons dû limiter notre travail à la recherche des antigènes de l'espèce *paradysenterix* et du genre *Salmonella*. Une première analyse effectuée sur lame, au moyen d'un sérum antidysentérique polyvalent et de sérums saturés antisalmonella, nous a permis de déceler la présence de traces d'antigènes *paradysentériques* chez neuf *coliformes* et deux *intermédiaires*. Des antigènes somatiques du genre *Salmonella* appartenant aux groupes A, C, F et H furent retrouvés dans les souches C-33, C-41 et C-116. Afin de déterminer la richesse de ces souches en antigène de *Salmonella*, nous avons complété notre premier examen par des épreuves d'agglutination quantitatives croisées (méthode en tube). Les sérums utilisés à cette fin, furent préparés chez le lapin avec le *paratyphi* A pour le groupe A, le *paratyphi* C pour le groupe C et les *Salmonella onderstepoort* et *rubislaw* pour les groupes F et H. Tel qu'indiqué au tableau n° II, nous avons retrouvé les antigènes VI, XIV, XXV, à des taux relativement élevés dans les trois souches. Les autres antigènes n'apparaissent qu'à des taux faibles, sauf dans le cas du *paracolon* C-41 qui est apparu tout particulièrement riche en antigène XI.

Cette analyse bactériologique, en apparence fort prometteuse, ne permet pas de déterminer le rôle des bacilles *paracoli* dans les cas de

TABLEAU II  
ÉPREUVES D'AGGLUTINATION CROISÉES

IMMUSÉRUMS	SUSPENSIONS MICROBIENNES						
	C. 33	C. 41	C. 116	I, II.	VI, VIII.	XI.	VI, XIV, XXV.
ANTI - C. 33	<b>1:40,560</b>			1:80	—	1:80	1:640
« - C. 41		<b>1:10,240</b>		1:40	1:610	1:5280	1:160
« - C. 116			<b>1:320</b>	1:20	1:20	—	1:80
« - A. (I, II.)	1:40	1:80	1:40	<b>1:10,000</b>			
« - C. (VI, VII.)	—	1:20	1:160		<b>1:250</b>		
« - F. (XI.)	1:80	1:2560	1:320			<b>1:20,480</b>	
« - H. (VI, XIV, XXV.)	1:1280	1:1280	1:2560				<b>1:10,240</b>

diarrhée que nous étudions. Contrairement aux observations de Stuart et de ses collaborateurs (1), de Hobbs, Thomas et Taylor (2), lorsque l'on confronte ces résultats avec la clinique, il est absolument impossible d'établir une corrélation entre la gravité de la maladie, d'une part, et la nature et le nombre de germes isolés, d'autre part. Il n'existe aucun rapport direct entre le nombre de selles émises par vingt-quatre heures et la quantité de germes contenus dans les matières fécales. C'est ainsi que, chez 15 sujets où les fèces contenaient de grandes quantités de bacilles *paracoli*, le nombre des selles n'a pas excédé cinq par vingt-quatre heures. Dans ce groupe, un seul s'est déshydraté au point qu'il a dû recevoir du soluté physiologique par voie intraveineuse. Par contre, dans les cas où la coproculture n'a fourni que de très rares bacilles *paracoli*, on a enregistré jusqu'à huit selles en vingt-quatre heures, avec une moyenne de cinq, comparativement à 3.5 pour les premiers. Un examen détaillé de chaque cas montre que les trois variétés de *paracoli* isolées (*coliforme*, *intermédiaire*, *aerogenes*), apparentées ou non aux *shigella*, ne sont guère plus pathogènes les unes que les autres. Quant aux souches renfermant des antigènes de *salmonella*, leur nombre étant très restreint, il est impossible pour le moment de tirer des conclusions.

Si nous examinons le troisième groupe d'enfants où les coprocultures sont demeurées stériles pour les *paracoli*, nous remarquons que c'est ici que s'enregistrent la majorité des cas de déshydratation et de mortalité. En effet, sur quatre cas mortels, il est intéressant de signaler que deux étaient porteurs de *pseudomonas pyocyanea*. L'un mourait de septicémie à *pyocyanique*, tandis que le second, un prématuré, succombait à une perforation intestinale, vérifiée à l'autopsie. Dans les deux autres décès, l'examen donna des cultures à peu près pures d'*Escherichia coli*. Enfin, chez les quatre autres enfants où la déshydratation nécessita l'administration de soluté physiologique, la culture des fèces donna de l'*Escherichia coli* à l'état pur ou associé à de rares colonies de *Proteus mirabilis*.

#### CONCLUSION

Il se dégage, tout d'abord, de cet ensemble de faits qu'il ne peut s'agir ici d'une épidémie à bacilles *paracoli*, étant donné la grande

variété de souches isolées sur un nombre de cas aussi restreint. De plus, par suite de l'absence de tout parallélisme entre les résultats bactériologiques et l'évolution clinique, il semble difficile, pour les cas qui nous concernent, d'admettre que ces bacilles puissent être considérés comme les agents étiologiques de ces infections.

Enfin, si l'on considère :

1° comme l'affirment Hobbs et ses collaborateurs (2), que les *paracoli* sont fréquemment retrouvés dans les selles de convalescents relevant d'infection à *salmonella* ou à bacille dysentérique ;

2° que la plupart de ces entérites sont survenues à une époque où sévissaient la grippe et la rougeole, nous sommes portés à croire qu'il s'agit d'un épiphénomène.

Les *paracoli* joueraient alors un rôle de microbes de sortie au cours de diarrhées consécutives à un état grippal, morbilleux ou à toute autre infection à répercussion digestive.

#### REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier M<sup>lle</sup> Françoise Potvin pour l'aide technique apportée au cours de ce travail.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. STUART, C. A., WHEELER, K. M., RUSTIGIAN, R., et ZIMMERMAN, A., *J. Bact.*, **45** : 101-119, 1943.
2. HOBBS, B. C., THOMAS, M. E. M. et TAYLOR, J., *Lancet*, **2** : 530-532, 1949.
3. BARNES, L. A., et CHERRY, W. B., *Am. J. Pub. Health*, **36** : 481-483, 1946.
4. McNAIR, T. F., CORIELL, L. L., DAVIS, H., et BOLTJES, B. H., *J. Bact.*, **34** : 277, 1947.
5. STUART, C. A., et VAN STRATUM, E., *J. Pediat.*, **26** : 464-469, 1945.
6. EDWARDS, P. R., WEST, M. G., et BRUNER, D. W., *J. Bact.*, **55** : 711-719, 1948.
7. MORAN, A. B., et BRUNER, D. W., *J. Bact.*, **58** : 695-700, 1949.
8. BUTTIAUX, R., et KESTELOOT, A., *Ann. Inst. Pasteur de Lille*, **1** : 103-104, 1948.

# MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PROBLÈME DE L'ANESTHÉSIE DANS LA CHIRURGIE THORACIQUE ET PULMONAIRE \*

---

**Le pentothal**

par

**Adrien PAQUET**

*anesthésiste à l'Hôpital du Saint-Sacrement et à l'Hôpital Laval*

---

### INTRODUCTION

« La nature des choses est bien plus aisée  
à concevoir lorsqu'on les voit naître  
peu à peu, que lorsqu'on les considère  
que toutes faites. »

DESCARTES,  
*Discours de la Méthode.*

Il y a un peu plus de cent ans, en 1839, un des grands maîtres de la chirurgie française, le professeur Velpeau, écrivait, dans un volume de médecine opératoire : « Éviter la douleur en chirurgie est une chimère qu'il n'est plus permis de poursuivre aujourd'hui. »

---

\* Reçu pour publication le 15 janvier 1949.

Or, pour peu qu'il soit vrai que l'imprévu des découvertes et l'ingéniosité des recherches dépassent toute prévision et toute limitation, à peine trois ans plus tard, en 1842, Crawford Long réussissait une première anesthésie générale par inhalation d'éther. C'était la naissance de cette chose étonnante qui, avec les années, était appelée à devenir la belle spécialité de l'anesthésie.

A une époque où la chirurgie entraînait, elle aussi, dans une ère de développement intense et où, de jour en jour, elle faisait reculer les limites de ses possibilités, il était nécessaire que cet adjuvant vint apporter sa part de contribution à tous les perfectionnements de la chirurgie et rendit possibles des actes opératoires qui, hier, étaient encore du domaine des chimères.

Ce n'est que depuis le début du siècle que l'art de l'anesthésie est devenu réellement une science et une spécialité médicale, grâce au travail ardu de médecins qui ont su comprendre et découvrir toute la complexité du problème anesthésique.

Au tout premier début, quelle que fut la nature de l'intervention, c'était déjà un succès que d'avoir conservé la vie à un patient sous narcose. Mais trop nombreux étaient les échecs et trop importantes les séquelles pitoyables qui s'en suivaient. Dans une deuxième étape, ce fut le contrôle des complications éventuelles de cette thérapeutique et, dès lors, les hécatombes se faisant plus rares, la confiance dans l'avenir de l'anesthésie laissait prévoir des succès futurs.

Puis, vient des États-Unis le développement extraordinaire de la mécanique qui a fourni dans le domaine de l'anesthésie des appareils dont le perfectionnement a permis l'application pratique de données scientifiques encore inexplorées et qui étaient toujours demeurées du domaine purement théorique.

Il n'est pas téméraire d'affirmer que l'anesthésie moderne peut répondre pratiquement à tous les besoins chirurgicaux, quelle que soit la condition bonne ou mauvaise du patient et quelle que soit la nature de l'acte opératoire.

Il va de soi que les difficultés anesthésiques varient avec les besoins chirurgicaux. Ainsi, combien facile est devenue l'anesthésie pour les interventions sur les membres. Par contre, beaucoup plus compliquée



est la narcose dans la chirurgie abdominale et, plus spécialement, la chirurgie de l'étage supérieur de l'abdomen, là où il est nécessaire d'obtenir, non seulement un relâchement musculaire complet, mais aussi un contrôle parfait de l'amplitude des mouvements respiratoires qui, souvent, sont à peine perceptibles, grâce aux techniques anesthésiques.

Les succès sont déjà grands et pour la chirurgie et pour l'anesthésie. Mais il fallait encore aller plus loin, et, dès lors, par étapes progressives, le chirurgien et l'anesthésiste se sont attaqués au problème de la chirurgie thoracique et pulmonaire.

La solution du problème de l'anesthésie dans la chirurgie pulmonaire paraît être l'apogée du contrôle des difficultés de la narcose.

A toutes les difficultés que l'on rencontre dans l'anesthésie pour la chirurgie générale, s'ajoutent encore les complications de travailler sur des organes vitaux malades où toutes perturbations dans le fonctionnement physiologique font naître des problèmes nouveaux dont la solution relève des connaissances et de l'habileté de l'anesthésiste.

Elle conduit celui-ci à un sommet et, si le développement des techniques de chirurgie thoracique a contribué à l'avancement de cette spécialité, il est certain que ses plus beaux résultats sont en rapport avec le contrôle du problème de l'anesthésie.

Ce problème est complexe et difficile. Il comporte des controverses, des chocs d'idées, des approbations et des désapprobations qui mettent bien en évidence toute la difficulté du problème. C'est de cette question de l'anesthésie en chirurgie thoracique et pulmonaire que nous voulons vous entretenir dans les pages qui suivent.

## L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE THORACIQUE ET PULMONAIRE

### Première Partie

#### ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

##### *Notions de physiologie*

Afin de rendre plus compréhensible le problème de l'anesthésie en chirurgie pulmonaire, il est de première importance de rappeler quelques

notions élémentaires de la physiologie respiratoire chez l'individu normal, puis chez l'individu qui souffre de lésions pulmonaires importantes et qui devra subir une anesthésie pour une intervention chirurgicale thoracique ou pulmonaire.

Chez l'individu normal, les phénomènes de la respiration sont conditionnés par des mouvements d'expansion et de rétraction d'une cage thoracique osseuse fermée à sa base par un organe musculaire, le diaphragme, qui agit sur la cage thoracique à la manière d'un piston avec des mouvements de contraction, de va-et-vient continuels.

Le poumon, qui est contenu dans la cage thoracique, est un organe expansible hermétiquement fermé de toutes parts et qui ne possède qu'une seule ouverture avec l'extérieur, le larynx. Les deux poumons sont séparés par une formation anatomique appelée médiastin ; celui-ci contient le cœur et les gros vaisseaux qui s'en dégagent.

Toutes ces formations anatomiques : cage thoracique, plèvre, poumons, médiastin et les organes qu'il contient, vaisseaux et cœur, jouissent d'une élasticité relative et fonctionnent suivant un rythme régulier et des principes de base qui les rendent solidaires les uns des autres. Le fonctionnement normal de l'expansion et de la rétraction d'un poumon ne peut se faire sans le même fonctionnement normal du poumon du côté opposé et toutes modifications dans la physiologie respiratoire d'un seul côté aura sa répercussion sur le fonctionnement du côté opposé. Cela est encore plus réel pour ce qui concerne le bon fonctionnement des organes du médiastin et ce fonctionnement normal des organes du médiastin ne peut être réalisé sans l'expansion normale de la cage thoracique qui exerce constamment une traction permanente et rythmée (au rythme de la respiration) sur ce médiastin, à la manière de deux élastiques qui, de chaque côté du médiastin, maintiennent une traction variable avec l'inspiration et l'expiration, mais une traction toujours égale et balancée des deux côtés.

La raison d'être de cette expansion thoracique est de permettre la pénétration de l'air extérieur par l'ouverture du larynx dans l'alvéole pulmonaire pour pouvoir suffire au besoin de l'oxygénation normale, pendant que la raison d'être de la rétraction thoracique est de permettre l'évacuation de l'air inspiré et l'élimination des déchets de la respiration.

Les contractions du diaphragme et l'action des muscles intercostaux sur la cage thoracique provoquent une augmentation du diamètre antéro-postérieur du thorax ; puis, le vide pleural agit pour maintenir les surfaces pariétales du poumon au contact de la cage thoracique et permettre ainsi une dilatation de tout l'arbre pulmonaire et créer un appel d'air extérieur qui pénètre en abondance dans le pharynx, le larynx et la trachée pour s'insinuer dans tous les espaces libres des alvéoles pulmonaires.

Toutes les parties du poumon n'ont pas une expansion égale et l'oxygénation du sang varie en rapport avec le degré d'expansion des différentes régions alvéolaires. L'action d'expansion du thorax fait naître une diminution de résistance de la pression veineuse et, à ce moment, une grande quantité de sang est attirée et pénètre dans l'oreillette droite.

Toutes les altérations, si minimes soient-elles, dans le fonctionnement normal de ce système sont de nature à créer des perturbations de la physiologie respiratoire.

#### NATURE DES OPÉRATIONS

Les affections qui sont appelées à bénéficier des avantages de la chirurgie thoracique se divisent en deux catégories. Tout d'abord, les affections traumatiques de la cage thoracique et des organes qu'elle contient : plèvre, poumons, médiastin, cœur et vaisseaux. Ces affections relèvent de la pathologie chirurgicale et comportent toutes les blessures accidentelles qui peuvent intéresser tout l'appareil respiratoire.

Les formes cliniques de toutes ces affections traumatiques et accidentelles sont variables à l'infini et sont conditionnées par tous les hasards si imprévus de toutes les causes d'accidents. Aussi, pendant la dernière guerre, la pathologie chirurgicale de la cage thoracique a-t-elle fourni un champ clinique très vaste à la chirurgie thoracique par la multitude des cas qu'elle a apportés et par la diversité de la nature des affections à traiter. Un grand nombre de blessés thoraciques ont des lésions dont l'importance est moindre et peuvent bénéficier d'une thérapeutique chirurgicale appropriée qui relève des techniques les plus simples.

Ces sujets ne présentent que peu d'importance et ils peuvent être classés dans les cas qui relèvent de la chirurgie thoracique mineure.

Peu intéressante encore est la catégorie des trop grands blessés thoraciques, ceux chez qui les lésions sont trop importantes et l'état général toujours mauvais et que le chirurgien se contente de laisser mourir après des soins d'urgence qui, eux-mêmes, sont jugés d'aucune utilité.

Du point de vue chirurgical, le blessé thoracique intéressant est celui qui présente des lésions pulmonaires importantes qui lui réservent un sort fatal sans le secours de l'intervention chirurgicale, et plusieurs blessés ont maintenant le plaisir de vivre, grâce à la mise en œuvre d'une intervention chirurgicale souvent audacieuse mais appropriée. Ces cas relèvent de la chirurgie thoracique majeure.

Puis, en deuxième lieu, les affections qui relèvent de la chirurgie thoracique sont fournies par la pathologie médicale.

L'intervention chirurgicale devient alors un complément de la thérapeutique médicale et la question de la possibilité d'une intervention chirurgicale thoracique ou pulmonaire ne se pose seulement après que les moyens thérapeutiques médicaux se sont avérés insuffisants. En présence de l'échec de la thérapeutique médicale, la chirurgie thoracique et pulmonaire intervient, audacieuse et confiante, pour faire reculer les limites des possibilités de guérison de cette grande catégorie de malades, de tous les malades pulmonaires.

Nombreuses sont les maladies qui peuvent bénéficier de la chirurgie thoracique et pulmonaire. Tout d'abord, toutes les infections qui intéressent la structure osseuse de la cage thoracique, puis les affections de la plèvre qui prennent une importance tellement grande dans les pleurésies tuberculeuses chroniques, souvent infectées secondairement, et qui ont, comme complication, des fistules broncho-pleurales.

Puis, les affections du poumon, spécialement, la tuberculose pulmonaire caverneuse, les kystes du poumon, les abcès du poumon, le cancer du poumon, les maladies des bronches, toutes les suppurations bronchiques : les bronchectasies, le cancer bronchique, les scléroses bronchiques. La chirurgie thoracique permet même des interventions sur des organes extrathoraciques, telles que les gastrectomies par voie transthoracique.

## CONDITIONS PATHOLOGIQUES DES MALADES

*État général*

Dans les maladies accidentelles traumatiques de la cage thoracique, il va de soi qu'habituellement ces blessés présentent, en plus de leur état pulmonaire, un état de choc presque constant ; la pression artérielle est basse, le pouls, petit, souvent à peine perceptible ; la transpiration est abondante et la pâleur est marquée. Cet état de choc est aggravé par les lésions thoraciques, le thorax est ouvert et la plaie saigne abondamment.

Cet état général très mauvais complique davantage le problème de l'anesthésie et les conditions de travail sont habituellement très défavorables.

Pour les indications opératoires d'ordre médical, les malades qui doivent être opérés sont presque toujours des malades chroniques dont l'état général a été atteint par de longues affections qui ont diminué la résistance de ces individus. Il peut arriver que ces sujets, préparés par une longue cure de repos et de traitements dans les sanatoriums, présentent un état général floride, mais, même dans ces cas, la résistance d'un individu au repos ne peut pas être celle d'un individu sain, en pleine activité. Dans la majorité des cas, les sujets à opérer sont des débiles souvent anémiés, dont la formule sanguine est déficiente, et qui, en plus de leur état pulmonaire, présentent des états pathologiques associés, soit du côté du cœur, du foie et des reins, soit même du côté du système nerveux.

Évidemment, avant une intervention chirurgicale, ces malades sont soigneusement préparés à l'acte chirurgical par une thérapeutique médicale intense où les plus grandes insuffisances organiques sont corrigées et maintenues aussi rapprochées que possible de l'état normal.

C'est donc dire que la seule considération de l'état général des malades à opérer procure déjà à l'anesthésiste des difficultés considérables et que, dans le choix de l'anesthésique et des techniques anesthésiques, il devra tenir compte de ce premier facteur d'embarras.

## CONDITIONS PATHOLOGIQUES

## CRÉÉES PAR L'ÉTAT PULMONAIRE DES PATIENTS

En plus d'un état général toujours déficient, l'opéré thoracique pose encore plusieurs problèmes spéciaux dont la nature relève, soit de la

pathologie des organes malades, soit de la perturbation de la physiologie de ces organes, créée par l'acte opératoire.

### *Le pneumothorax*

Un état pathologique important est celui qui est causé par le pneumothorax. Le pneumothorax est constitué par la présence d'air dans la cavité pleurale. Que celui-ci soit traumatique ou thérapeutique, il a pour effet de provoquer des perturbations de la physiologie de l'arbre respiratoire.

Pour plusieurs interventions, le pneumothorax aura, tout d'abord, été institué de façon thérapeutique, longtemps avant la date de l'opération et le malade aura le temps de s'habituer à ses nouvelles conditions respiratoires. Cette adaptation de longue durée est un avantage. Par contre, le pneumothorax spontané, au cours d'une intervention, est un facteur de trouble dont il faut tenir compte dans l'appréciation des risques anesthésiques. Il est la source d'un état de choc possible. Il affaisse le poumon, fait naître la respiration paradoxale et diminue la capacité vitale.

### *Respiration paradoxale*

Les modifications de la respiration apportées par la présence d'un pneumothorax donnent ce type respiratoire appelé respiration paradoxale dont les manifestations sont absolument l'inverse des lois établies en physiologie.

En effet, le pneumothorax fait disparaître le vide pleural et rend ainsi impossible la traction faite sur le poumon au moment de l'inspiration et le poumon s'affaisse. Cette traction n'est pas modifiée du côté sain et il se fait une rupture dans l'équilibre de tension égale et balancée des deux côtés. La pression devient beaucoup plus grande du côté sain, l'expansion pulmonaire de ce côté est exagérée et les mouvements inspiratoires créent un appel d'air beaucoup plus considérable. Cet appel d'air, par ailleurs, provoque un vide du côté malade et l'on voit, à l'inspiration du côté malade, le poumon déjà affaissé avoir un mouvement non pas d'expansion, mais de rétraction. Pendant l'expiration, au contraire, l'in-

fluence de la succion positive de l'air qui pénètre dans le poumon n'existe plus et le poumon rétracté tend à avoir un mouvement d'expansion réduit au minimum. C'est ce paradoxe qui a fait donner le nom de respiration paradoxale à ces phénomènes.

Des troubles sérieux causés par cette respiration paradoxale se produisent alors dans l'organisme. Il existe une augmentation de l'acide carbonique et une diminution d'oxygène du sang. Ces deux derniers facteurs, augmentation de l'acide carbonique et diminution de l'oxygène du sang, ont pour effet une stimulation exagérée du centre respiratoire dont la réponse est une dyspnée intense. En dépit de l'augmentation du rythme des mouvements d'inspiration et d'expiration, la cyanose apparaît, graduelle et constante. De plus, l'équilibre de tension des deux poumons qui sert à maîtriser l'uniformité de pression sur le médiastin est rompu ; il se fait des tractions sur cet organe d'où naissent des difficultés mécaniques de compression qui gênent l'apport normal du flot sanguin au cœur droit.

L'organisme lutte contre ces états pathologiques et il s'établit des moyens de compensations qui font que le sujet s'adapte à ces nouvelles conditions.

Il en résulte toujours une diminution de la capacité vitale qui peut être réduite souvent de 25 pour cent, mais, par contre, il se produit une augmentation de l'hémoglobine et des hématocrites du sang.

La capacité vitale est constituée par l'air respiratoire, l'air complémentaire et l'air de réserve. Cette capacité vitale est importante dans les échanges gazeux des anesthésiques et toutes les diminutions de la capacité vitale d'un malade peuvent compliquer les problèmes de la narcose.

### *L'atélectasie pulmonaire*

L'atélectasie pulmonaire est un état spécial du poumon dont les alvéoles sont privés d'air et dont les capillaires sont fortement congestionnés. Les conséquences de ces états ne sont peut-être pas aussi grandes que celles apportées par la présence d'un pneumothorax avec sa respiration paradoxale, mais elles sont cause, tout de même, de la diminution

de la capacité vitale, au même titre que toutes les affections qui ont comme conséquence la diminution du champ de l'hématose.

### *Le pneumothorax à soupape*

Les plaies de la partie supérieure du thorax se ferment facilement et se compliquent difficilement, étant donné le peu d'expansion des mouvements respiratoires, à ce niveau. Mais, par contre, les plaies de la partie inférieure du thorax resteront souvent béantes et, à cause de la grande mobilité de la cage thoracique à ce niveau et du déplacement d'air de chaque inspiration et expiration, elles constituent le pneumothorax à soupape ; à chaque effort de toux, l'air a tendance à pénétrer dans la cage thoracique pour aboutir à un thorax très distendu. Cette distention de la cage thoracique entraîne des compressions du médiastin et, en plus des troubles inspiratoires, elle comporte la possibilité de compression des gros vaisseaux contenus dans ce médiastin et il s'ensuit des troubles circulatoires importants.

### *Ligatures*

La ligature d'un pédicule pulmonaire est un acte chirurgical nécessaire, mais personne n'osera prétendre que ce temps opératoire est inoffensif et n'a pas sa répercussion importante sur le comportement du malade, au cours de l'intervention. Une intervention pour une lobectomie peut s'effectuer aussi normalement que possible jusqu'au moment de la ligature du pédicule pulmonaire. C'est le temps tragique de toute l'intervention et c'est à ce moment que l'anesthésiste voit s'effondrer l'état de son malade. La pression baisse et tombe même à zéro ; le pouls devient petit, souvent même imperceptible ; le malade est pâle et la transpiration, abondante. Les mouvements respiratoires ne sont maintenus que par la respiration contrôlée, la pupille se dilate, le malade est mal. Il va de soi que l'anesthésiste a prévu toutes ces éventualités et qu'il a fait intervenir dans sa thérapeutique tous les moyens de réanimation qui conduisent au succès de l'intervention.

Telles sont, de façon générale, les conditions pathologiques qui influencent l'état des malades pulmonaires. Ces conditions pathologiques



ont une grande importance et ce sont tous des facteurs dont l'anesthésiste doit tenir compte dans l'administration de ses drogues anesthésiques, au cours des interventions chirurgicales thoraciques et pulmonaires.

Il va de soi que, en plus de ces conditions pathologiques déjà défavorables, s'ajoutent tous les éléments de pronostic qui sont fournis par un examen préopératoire complet et où sont soigneusement notées les insuffisances de tous les autres systèmes : cardio-vasculaire hépatique et rénal.

C'est seulement après une connaissance approfondie de tous ces facteurs que l'anesthésiste doit faire le choix de la médication pré-anesthésique, de l'anesthésique ou des anesthésiques à administrer, de la technique anesthésique, de la conduite à tenir pendant l'anesthésie, des analeptiques et des moyens de réanimation. Toutes ces conditions de travail sont d'une excessive importance et le résultat d'une intervention hasardeuse comme une lobectomie est conditionné par la perfection apportée à la réalisation de chacun de ces points primordiaux. C'est d'une vue d'ensemble de tous ces phénomènes que nous allons maintenant vous entretenir.

#### MÉDICATIONS PRÉLIMINAIRES

Il est conventionnel de ne pas comprendre dans la médication préliminaire toutes les médications plus ou moins éloignées que le patient a pu recevoir comme préparation à son intervention chirurgicale. C'est ainsi que ne sont pas comprises dans cette médication les injections de foie de veau ou les petites transfusions qu'un malade pulmonaire, dont la formule sanguine est un peu basse avant une intervention thoracique, peut recevoir dans le but d'une préparation éloignée à son intervention.

La préparation d'un malade à l'intervention peut se diviser en une préparation éloignée à l'opération qui relève du spécialiste en médecine et aussi en une préparation immédiate dont la thérapeutique relève de l'anesthésiste.

Il est conventionnel d'accepter comme médication préliminaire toutes les médications prescrites par l'anesthésiste dans le but immédiat de préparer le malade à un acte anesthésique et opératoire qui sera institué sans retard.

C'est peut-être à tort que l'on est habitué à considérer la médication préliminaire comme une médication sédatrice et ils ne sont pas rares les cas où, dans la chirurgie thoracique et pulmonaire, l'anesthésiste autorise une médication stimulante, comme les sérums et la transfusion, comme préparation à l'opération.

Entrent aussi dans cette catégorie toutes les médications analeptiques qui peuvent contribuer à soutenir l'effort du cœur et à maintenir une pression artérielle à un niveau normal. Toute cette médication stimulante est utilisée par l'anesthésiste suivant l'indication que lui en fournit l'état du malade ; les sérums sont utiles pour l'hydratation ; les transfusions, avant une thoracoplastie, servent à rétablir une formule sanguine un peu basse et contribuent à prévenir les états de choc, surtout pendant les interventions qui, par leur nature, laissent prévoir une grande perte sanguine. Cette médication préliminaire stimulante est de rigueur pour tous les opérés de la chirurgie thoracique et pulmonaire.

Mais, à côté de cette médication stimulante, l'anesthésiste doit être autorisé à prescrire une médication sédatrice qui, dans l'essence même de ses attributions, doit être régie par des normes bien définies. Les indications de la médication préliminaire sédatrice prennent leurs directives dans l'état physique du malade à opérer, dans la nature de l'intervention et des dangers qu'elle comporte. Puis, dans le choix des anesthésiques et des techniques anesthésiques utilisés, en tenant compte aussi des préférences de l'anesthésiste.

Toutes ces questions sont fort discutées et la même médication reçoit, des uns, une approbation très grande, pendant qu'elle peut être condamnée, et avec force, par des partisans d'une théorie adverse.

Quoi qu'il en soit, la raison d'être de la médication préliminaire réside dans le but qu'elle se propose d'atteindre et il y a quatre motifs importants en faveur de l'administration de cette médication préliminaire au patient avant une intervention thoracique. Elle se propose tout d'abord d'atteindre l'état psychique du malade et d'apporter à ce psychisme des effets sédatifs sur l'état de plus ou moins grande anxiété et de nervosité. Personne n'ignore jusqu'à quel point le psychisme d'un malade peut être atteint quand ce dernier envisage pour lui-même la possibilité d'une intervention thoracique ; les médicaments qui sont

employés à cet effet sont les alcaloïdes dérivés de l'opium et, plus spécialement, la morphine qui, souvent, est encore associée aux barbituriques.

L'action de la morphine et des barbituriques est d'abord, d'être sédatrice pour le psychisme du malade et elle a aussi comme avantage de diminuer les doses d'anesthésiques complémentaires qu'il est nécessaire d'administrer pour entretenir une narcose.

Le deuxième but que se propose d'obtenir la médication préliminaire sédatrice est la diminution dans la valeur des métabolismes et une diminution dans l'excitabilité des réflexes. Le ralentissement des métabolismes diminue le besoin d'oxygène et une hyposensibilité des réflexes favorise l'induction d'une anesthésie générale, quel que soit l'agent anesthésique causal.

Une fonction des plus importantes que la médication préliminaire se propose de contrôler dans la chirurgie thoracique, c'est la fonction sécrétoire des glandes salivaires. La médication préliminaire se propose de diminuer et même d'abolir cette sécrétion de salive et de mucus afin de faciliter la conduite de la narcose qui peut s'effectuer en l'absence totale de sécrétion, même chez les pulmonaires. La qualité de l'anesthésie en est d'autant meilleure et cette absence de sécrétion est un facteur capital dans la prévention des complications pulmonaires.

Les médicaments utilisés à cet effet sont les paralysants du parasympathique, principalement l'atropine et la scopolamine ou hyoscine.

Enfin, la médication préliminaire peut avoir un but prophylactique qui est d'établir un contrôle préventif sur l'action de certains médicaments utilisés pour obtenir l'anesthésie. Par exemple, pour contrôler l'hypotension dans l'anesthésie rachidienne, on utilise la néosynéphrine.

La médication préliminaire a donc sa raison d'être, surtout avant une intervention en chirurgie pulmonaire. Les médicaments utilisés à cet effet sont, tout d'abord, les dérivés de l'opium et, plus spécialement, la morphine, la codéine, le pantopon, le T.O.A. dont l'action est analgésique. Puis, une substance synthétique, un substitut, le déméról. Ce sont, ensuite, les dérivés de la malonylurée, les barbituriques, spécialement, le nembutal, l'amytal, le seconal, etc. ; ces médicaments produisent l'amnésie, mais non l'analgésie.

Puis, ce sont les paralysants du sympathique, l'atropine, la scopolamine ou hyoscine.

Enfin, ce sont les vaso-constricteurs, l'épinéphrine, l'éphédrine, la néosynéphrine, etc.

La technique d'administration de ces divers médicaments consiste habituellement à donner une médication qui a pour but de procurer un degré d'amnésie au patient, la veille de son opération et, à cet effet, les barbituriques sont tout indiqués. L'administration, soit de nembutal, de seconal ou d'amytal à une dose approximative qui peut varier entre  $1\frac{1}{2}$  grain à 3 grains, est habituellement suffisante pour obtenir l'effet désiré et permettre au malade de dormir durant la nuit qui précède son opération. Souvent, au réveil du malade, le matin, cette médication est renouvelée, environ trois heures avant l'intervention, dans le but de maintenir cet état d'amnésie si favorable à la préparation de l'opération. Puis, une heure ou une demi-heure avant l'intervention, l'anesthésiste prescrit l'analgésique et le paralysant du parasympathique. Il donne de la morphine, qui est certainement le dérivé de l'opium le plus employé actuellement. Certains anesthésistes peuvent donner leur préférence à d'autres dérivés de l'opium ; il y a là une question de préférence et d'habitude. Il faut, évidemment, tenir compte des conditions générales du patient, avant de déterminer les doses de ces médications. La posologie de la morphine varie entre  $\frac{1}{8}$ e,  $\frac{1}{6}$ e et  $\frac{1}{2}$  grain de morphine, une heure ou une demi-heure avant l'intervention. La dose de l'atropine est, en moyenne, de  $\frac{1}{150}$ e de grain et peut osciller entre  $\frac{1}{100}$ e et  $\frac{1}{300}$ e de grain, suivant les cas.

Toute cette médication est en rapport avec l'anesthésie générale et c'est dans ce seul domaine qu'elle est applicable. Dans les cas d'anesthésie locale, régionale, dans la rachianesthésie, par exemple, elle pourra être modifiée ou même les médications vasoconstrictives pourront lui être associées.

Advenant le cas où, au moment de l'intervention, cette médication préliminaire se serait avérée insuffisante, chez des sujets particulièrement résistants, l'anesthésiste peut corriger cet état de chose en administrant avec prudence une nouvelle dose de morphine-atropine, par voie intra-veineuse.

Dans la chirurgie pulmonaire et thoracique, la médication préliminaire est une chose excessivement importante ; elle doit toujours être le sujet d'une attention spéciale de la part de l'anesthésiste et l'efficacité de cette médication est un facteur de succès pour la réalisation de la conduite parfaite de l'anesthésie subséquente.

Le patient ainsi préparé pourra désormais recevoir l'agent anesthésique.

#### LES AGENTS ANESTHÉSQUES

L'impression que l'on retire de la lecture des travaux écrits sur ce sujet est très curieuse et surprenante. Il en ressort que le choix de l'agent anesthésique semble être une chose très discutée quant à son application en chirurgie thoracique et pulmonaire.

Chacun défend ses principes avec énergie et préconise l'usage de l'anesthésique qui, dans son opinion, est le plus avantageux. Un auteur condamne de façon catégorique un anesthésique, pendant que, plus loin, ce même agent anesthésique condamné reçoit l'approbation de plusieurs.

Le but que l'anesthésiste se propose d'obtenir en se servant d'un anesthésique général est de procurer au patient une perte de conscience, d'abord ; puis, ensuite, un degré d'anesthésie chirurgicale suffisant pour permettre l'intervention. Ce résultat ne peut être obtenu sans utiliser des médicaments appropriés qui ont un pouvoir anesthésique puissant, mais qui n'en restent pas moins, pour cela, des médicaments toxiques dont l'ensemble constitue le syndrome d'intoxication anesthésique. Cette intoxication anesthésique se produit pour tous les anesthésiques par des manifestations d'imprégnation des centres, chaque agent possède des particularités spéciales, des signes d'intoxication qui relèvent de sa pharmacodynamie. Exception faite de l'action anesthésique de ces médicaments, l'action toxique corollaire des anesthésiques est un facteur qui ne peut pas être empêché et c'est un mal nécessaire dont il est important d'atténuer au maximum les mauvais effets.

De plus, dans la chirurgie pulmonaire, le problème se complique du fait que l'appareil respiratoire comprend les organes dont les fonctions seront le plus influencées par l'intoxication. Tous les anesthésiques généraux ont une action toxique sur la respiration et cette action toxique,

par contre, n'est pas la même pour tous les anesthésiques. Aussi, les théories se multiplient et chacun y va de son interprétation et cherche à solutionner ce problème.

Les indications du choix des anesthésiques généraux, dans la chirurgie pulmonaire, sont les mêmes que dans la chirurgie générale, si on y ajoute des indications et des contre-indications spéciales venant de leur action sur l'appareil respiratoire.

#### ANESTHÉSIE LOCALE

Beaucoup de chirurgiens ont trouvé une solution élégante à ce problème en s'abstenant de toute administration d'anesthésiques généraux et ils font leur intervention pulmonaire sous la conduite d'une technique d'anesthésie locale très avancée. Il faut admettre, d'ores et déjà, que, du point de vue théorique, l'anesthésie locale est certainement le mode d'anesthésie le plus convenable et il met fin à toutes les discussions sur les avantages et les inconvénients des anesthésiques généraux. Mais, par contre, si les anesthésiques locaux présentent l'avantage énorme de jouir d'une toxicité réduite au minimum, et, par ce fait, d'avoir la priorité, du point de vue pratique, ils semblent être d'une utilisation difficile dans les interventions pulmonaires et les bons effets qui peuvent en résulter sont souvent contrebalancés par des insuffisances difficiles à combler. C'est pourquoi l'anesthésie locale, dans la chirurgie pulmonaire, ne rencontre peut-être pas beaucoup de défenseurs. Elle est, tout de même, préconisée par un homme de l'envergure d'Overholt, de Boston, qui est une autorité dans la chirurgie pulmonaire et qui fait toutes ses interventions, lobectomies et pneumectomies, à l'anesthésie locale. C'est certainement un témoignage dont il faut tenir compte, à cause de l'autorité du personnage et de la perfection de ses techniques opératoires.

Il reste un fait, c'est que l'anesthésie locale ne rencontre pas la faveur de la majorité des chirurgiens. D'autres lui préfèrent l'anesthésie régionale : la rachianesthésie haute.

#### RACHIANESTHÉSIE

La rachianesthésie est préconisée par plusieurs auteurs, plus spécialement par Westly Bourne. Elle a certainement de grands avantages,

mais ses inconvénients sont multiples et le rendement n'est pas toujours ce qu'on aurait espéré qu'il pût être. Elle a l'avantage d'éliminer les ennuis des anesthésiques généraux et les difficultés des anesthésiques locaux et c'est peut-être à ces titres qu'elles rencontrent plusieurs défenseurs.

Il paraît superflu d'ajouter, comme corollaire, que les médicaments utilisés dans l'anesthésie locale et rachidienne sont des dérivés, soit de la novocaïne, soit de la procaïne. Tous les agents peuvent être utilisés selon la préférence du chirurgien, ce sont : la novocaïne, la procaïne, la pontocaïne, la nupercaïne, très en faveur pour les rachianesthésies, malgré leur grande toxicité.

Du point de vue de la seule toxicité des médicaments, le choix de l'agent anesthésique dans la chirurgie pulmonaire favorise de toute évidence, les anesthésiques locaux, que leur technique d'utilisation soit locale, régionale ou rachidienne. Mais le peu d'efficacité de leur action et les difficultés d'application pratique ont fait préférer à plusieurs les risques des anesthésiques généraux.

#### ANESTHÉSQUES GÉNÉRAUX

Tous les anesthésiques généraux ont conservé, en dépit de leurs imperfections, des indications dans la chirurgie pulmonaire ; par contre, ces mêmes anesthésiques ont à leur débit des inconvénients attribuables à leur fonction et c'est le bilan des avantages et des inconvénients de chacun des anesthésiques qu'il faut maintenant bien établir.

#### LE CHLORURE D'ÉTHYLE

Le chlorure d'éthyle est très peu employé dans la chirurgie pulmonaire. Il est trop toxique, sa marge de sécurité est petite et il ne peut être question de l'utiliser, pendant de longues durées, pour des interventions majeures. Beaucoup d'anesthésistes, tout de même, l'utilisent au début d'une intervention pour approfondir de façon courte et passagère une anesthésie de base et permettre une intubation bronchique qui pourrait être pénible sans ce complément au chlorure d'éthyle.



## LE CHLOROFORME

Le chloroforme est un anesthésique puissant, à action rapide et d'une grande toxicité. Il a l'avantage d'avoir une action restreinte sur les sécrétions bronchiques et il trouverait certainement beaucoup plus d'indications dans la chirurgie pulmonaire, s'il ne présentait pas l'inconvénient de faire apparaître, lors de son administration, des accidents cardiaques brutaux que l'anesthésiste a appris à craindre. Ces difficultés établissent une barrière à son usage et, de fait, il n'est que très peu employé.

## L'ÉTHÉR

De tous les anesthésiques généraux, l'éther est celui qui présente la plus grande sécurité. Son administration est facile, les signes d'anesthésie sont bien définis. Il est toxique pour les organes, mais d'une toxicité qui peut toujours être contrôlée. Il produit rarement d'accidents brutaux incontrôlables. Il est stimulant pour le système cardiovasculaire ; en résumé, l'éther présente des avantages qui sont supérieurs à ceux de tout autre anesthésique et il restera toujours l'anesthésique de choix. Tout de même, appliqué à la chirurgie pulmonaire, il présente l'immense inconvénient d'être irritant pour l'arbre respiratoire. Il favorise les sécrétions bronchiques et on lui attribue une foule de complications pulmonaires. Aussi cet anesthésique qui serait l'idéal pour des interventions majeures de durée très longue qui prédisposent au choc opératoire, se voit contre-indiqué dans la chirurgie pulmonaire, à cause de son action nocive sur les bronches.

Il ne faut pas conclure de là que l'éther n'a pas de partisans dans ses indications pour la chirurgie pulmonaire. Bien au contraire, ses défenseurs sont nombreux, l'argumentation est forte et convaincante et il est certain que, en dépit de ses inconvénients, l'éther gardera toujours dans la chirurgie pulmonaire une place de choix que ses bons résultats lui permettront de garder.

## LE CYCLOPROPANE

C'est à cet agent anesthésique que va actuellement la faveur des chirurgiens et des anesthésistes. Le cyclopropane possède plusieurs



avantages. Il est très peu toxique, inoffensif pour les organes, tels que le foie et le rein.

De contrôle facile, il peut donner une anesthésie profonde. Il est tout de même dangereux pour le système cardio-vasculaire ; il favorise l'hémorragie et le choc, et c'est de ce côté qu'il peut causer des accidents. Il n'a aucune action irritante sur les bronches, ne favorise pas la formation des sécrétions et le rythme respiratoire est très peu modifié, bien que l'amplitude de la respiration soit diminuée.

Ce sont ces qualités qui l'ont fait apprécier et elles trouvent toutes leurs indications dans la chirurgie pulmonaire.

Le seul avantage que possède l'éther sur le cyclopropane est sa plus grande sécurité mais, par contre, l'éther possède tellement d'autres inconvénients.

#### LE PROTOXYDE D'AZOTE

On a su dire du protoxyde d'azote qu'il était le moins toxique des anesthésiques mais aussi le moins anesthésique. Le protoxyde d'azote a été beaucoup en faveur avant la découverte du cyclopropane. Il possède de grandes qualités, dont les principales sont l'innocuité absolue pour les organes, l'élimination presque instantanée de l'organisme. On lui reproche une trop grande stimulation de la respiration et une amplitude respiratoire exagérée dont les conséquences prennent beaucoup d'importance dans les interventions pulmonaires.

Cette exagération de l'amplitude respiratoire augmente la respiration paradoxale, favorise les tractions sur le médiastin, est un facteur important de choc opératoire et nuit à l'acte chirurgical.

De toute façon, le protoxyde d'azote est encore beaucoup employé dans la chirurgie pulmonaire, souvent seul, mais, plus souvent encore, associé à d'autres anesthésiques. Il conserve toutes ses indications pour l'induction de la narcose.

#### LE TRIBROMO-ÉTHANOL

En plus des agents anesthésiques volatils, il y a la catégorie des agents anesthésiques non volatils. Parmi ceux-ci, il y a l'avertine qui est du tribromo-éthanol en suspension dans l'hydrate d'amylène. L'aver-

tine s'administre sous forme de lavement. C'est un mode d'anesthésie rectale. Il peut être utilisé comme anesthésique de base seulement et il présente l'inconvénient d'une toxicité très grande pour le foie. Quelques anesthésistes l'utilisent comme anesthésique de base avant une intervention thoracique ou pulmonaire.

Il faut remarquer que les anesthésiques non volatils ne trouvent que très peu de défenseurs et cela est encore plus vrai pour l'anesthésie intraveineuse.

#### LE PENTOTHAL

Un relevé de la littérature sur l'anesthésie en chirurgie thoracique prouve de façon assez catégorique que le pentothal est très peu utilisé en chirurgie thoracique et la tendance générale est certainement, sinon de ne pas le condamner, tout au moins de sembler vouloir l'ignorer.

Très peu d'articles ont paru sur l'anesthésie au pentothal dans la chirurgie thoracique ou pulmonaire.

Corrillos, en 1936, publie un travail sur l'anesthésie intraveineuse dans la chirurgie thoracique. Il employait l'évipal. Il a obtenu des résultats, mais personne n'en a entendu parler depuis.

Randoft et Kober publient le 10 avril 1943, dans le journal de l'*American Medical Association* un travail au sujet des thoracoplasties sous anesthésie au pentothal. Ils sont satisfaits des résultats.

Dans le *Laval médical* de l'université Laval en février 1943, a été publié un travail sur le pentothal dans les thoracoplasties, travail qui avait été présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 10 juin 1942, par nous-même. Ce travail était un résumé d'une technique d'anesthésie personnelle que nous avons perfectionnée depuis 1939. Ce travail traduit en anglais a été publié dans la *Revue internationale d'anesthésie et d'analésie*, en novembre 1943.

Il est permis d'affirmer, si l'on compare les dates de publication, que nous avons le mérite d'être le premier à étudier ce point de l'anesthésie en chirurgie thoracique.

Il a pu échapper à notre investigation des articles sur le sujet que nous n'avons pas su découvrir ; mais, de toute façon, la littérature est très limitée sur le pentothal en chirurgie thoracique.

Les auteurs le signalent de façon bien modeste, comme quelque chose d'un peu imprécis ; ils n'osent pas y ajouter de commentaire ; ils n'osent pas le recommander ni le condamner.

L'opinion générale est contre l'usage du pentothal plutôt qu'en sa faveur.

Certains auteurs y vont franchement d'une condamnation catégorique ; plus spécialement, le docteur Moyer, de Boston, qui publie un article impressionnant dans *The Journal of Thoracic Surgery*, en décembre 1941. Il a fait une étude expérimentale sur le pentothal et condamne de façon catégorique son utilisation dans la chirurgie thoracique et pulmonaire.

Le sujet du pentothal dans la chirurgie thoracique et pulmonaire étant un point important dans la thèse qui est présentée, ce sujet sera l'objet d'une étude plus approfondie dans la deuxième partie de ce travail.

Pour l'instant, qu'il suffise de signaler que le pentothal est très peu recommandé ; que rares sont ceux qui l'emploient et que plusieurs auteurs le condamnent de façon indiscutable.

Une vue d'ensemble de l'étude de chacun des agents anesthésiques se rapportant à leur utilisation en chirurgie thoracique et pulmonaire donne l'impression que chaque anesthésique peut être utile pour ses qualités ; mais, chacun d'eux peut aussi être contre-indiqué pour ses imperfections individuelles.

Le problème serait insoluble sans la connaissance de cette qualité qu'ont tous les anesthésiques de pouvoir être mélangés les uns aux autres dans toutes sortes de proportions variant à l'infini.

#### MÉLANGES ANESTHÉSQUES

Cette propriété des anesthésiques a permis d'administrer plusieurs anesthésiques au même malade pour la même intervention ; elle a permis de faire une sélection dans les qualités des anesthésiques ; de demander à plusieurs anesthésiques les résultats qu'un seul ne pouvait fournir et elle a diminué l'importance de l'intoxication en éliminant les fonctions non désirées des anesthésiques.

Aussi, toutes les associations anesthésiques sont-elles possibles. Tout d'abord, le simple mélange éther-chloroforme. Puis, le mélange chlorure d'éthyle-éther-chloroforme et, encore, le protoxyde d'azote associé au chlorure d'éthyle et à l'éther. Le cyclopropane, le pentothal, enfin, tous les anesthésiques se mélangent les uns aux autres.

La nature même de l'acte anesthésique et de l'acte opératoire, dans la chirurgie thoracique et pulmonaire, permet la possibilité de ces associations anesthésiques.

Qu'il nous soit permis de dire que, personnellement, nous avons administré au même malade, une enfant de huit ans, en l'occurrence, au cours d'une lobectomie pour bronchectasie, du pentothal rectal, du chlorure d'éthyle, de l'éther, du chloroforme, du protoxyde d'azote et du cyclopropane. Elle avait même reçu un barbiturique et de la morphine comme médication préliminaire.

C'est dire que chaque anesthésique, peut être mélangé et l'art de ces mélanges anesthésiques associé aux contrôles de toute la direction de la narcose, est mieux expliqué dans la description des techniques anesthésiques.

#### TECHNIQUES ANESTHÉSQUES

Nombreuses sont les techniques anesthésiques qui sont utilisées en chirurgie thoracique et pulmonaire. Toutes ont leurs avantages et chaque anesthésiste adopte pour lui-même une technique anesthésique personnelle qu'il a développée suivant ses goûts et ses préférences. Il est illusoire de vouloir faire une description détaillée de toutes ces techniques, d'autant plus que toutes offrent des points de repère d'importance commune et des principes généralement acceptés par tous.

Les techniques anesthésiques peuvent se diviser en trois catégories : les techniques d'anesthésie locale, les techniques d'anesthésie régionale rachidienne et, enfin, les techniques d'anesthésie générale.

##### *Anesthésie locale :*

Le principe de l'anesthésie locale consiste à injecter une substance anesthésique à un point déterminé d'un nerf et d'obtenir l'abolition de la

sensibilité à partir de ce point d'injection jusqu'à l'extrémité terminale de ce nerf.

Appliquée à la chirurgie thoracique et pulmonaire, cette technique est difficile à réaliser en pratique sans le secours d'une importante médication sédatrice analgésique et, souvent, sans le complément d'un anesthésique général dont l'administration extemporanée permet d'exécuter un temps opératoire plus douloureux.

L'anesthésie locale aurait ses indications chez les patients très malades et qui sont considérés comme des mauvais risques opératoires. Selon Richardson, dans 30 pour cent des cas, l'opération serait rendue beaucoup plus difficile et le temps de l'opération serait prolongé de beaucoup, à cause de la délicatesse qu'il faut mettre dans l'exécution de l'opération et de l'attention qu'on doit porter à un malade conscient et susceptible, à tout moment, de se plaindre de la douleur. Tout de même, il faut admettre que l'anesthésie locale présente des avantages marqués dans les opérations thoraciques et pulmonaires. Le réflexe de la toux est conservé ; l'expectoration est possible ; l'état de conscience du malade permet d'avoir sa collaboration. Il peut tout de même se produire des états de chocs attribuables à l'anesthésie locale et, plus spécialement, le choc à la procaine qui peut survenir, même avec une solution à 1 pour cent, quand la quantité d'anesthésique injectée devient trop grande, la limite de cette quantité d'anesthésique à injecter serait d'environ 240 centimètres cubes. Le choc peut se produire environ vingt-cinq minutes après l'injection.

Le grand maître de l'anesthésie locale dans la chirurgie pulmonaire, c'est Overholt, de Boston. C'est une autorité en chirurgie pulmonaire et il ne veut pas accepter aucun autre mode d'anesthésie. La raison qu'il donne de cette ténacité à utiliser l'anesthésie locale est sérieuse et ne comporte aucune discussion : la sécurité.

Il est assuré de conduire à bien une lobectomie sous anesthésie locale, en dépit des inconvénients qu'elle peut lui apporter et cette sécurité qu'il juge si importante, il ne l'a pas avec les autres techniques d'anesthésie.

La technique d'Overholt, pour si simple qu'elle puisse paraître, n'en est pas moins pour cela très compliquée. La préparation des malades est très importante et la médication préliminaire très poussée : mor-

phine et barbituriques à hautes doses. Il obtient ainsi une anesthésie de base, une préanesthésie qui a pour résultat de présenter à la salle d'opération un malade éveillé mais demi-conscient, rendu pratiquement indifférent aux manœuvres dont il est l'objet.

Le docteur Overholt attache beaucoup d'importance à la position du malade sur la table d'opération, car, dit-il, dans les suppurations pulmonaires pour lesquelles il est effectué une lobectomie ou une pneumectomie, il est important que, au cours de l'intervention, le pus qui s'échappe des bronches infectées n'aille pas se répandre dans les bronches saines et infecter le poumon sain ; pour obtenir ce résultat, il affirme que la position du malade sur la table d'opération est une question majeure.

Il place ses malades, non pas en position latérale, mais complètement en position ventrale, les deux hémithorax étant sur un plan tout à fait égal. Puis, il donne à la table une inclination d'environ quinze degrés, de sorte que le thorax et la tête du malade sont légèrement inclinés par en bas. En opérant un malade sous anesthésie locale, en position déclive, il empêche les sécrétions et les suppurations bronchiques de diffuser du côté sain et ceci, pour Overholt, est un point capital de la chirurgie pulmonaire.

Pour l'exécution de ses opérations, Overholt a à sa disposition un personnel très nombreux et bien entraîné. Son organisation est parfaite et, dès que le patient est installé en position sur la table d'opération, l'anesthésiste et l'assistant-anesthésiste s'occupent de faire l'anesthésie locale et régionale. L'opération commence : les sérums, le plasma, les transfusions, sont administrés de façon automatique, le malade est mis sous oxygène. Le pouls, la pression artérielle, la respiration, l'état général, tout est surveillé et des thérapeutiques appropriées sont instituées. Si, pour un temps donné, l'anesthésie locale devient insuffisante, l'anesthésiste y ajoute un complément d'anesthésie générale au protoxyde d'azote. Le chirurgien enlève l'organe malade, puis laisse l'opéré entre les mains de ses assistants à qui revient la charge de terminer l'opération.

Les résultats d'Overholt sont certainement supérieurs et il faut lui concéder que l'anesthésie locale donne la meilleure sécurité ; mais, du

témoignage même de ceux qui ont eu l'avantage de suivre pendant quelque temps le service du docteur Overholt, il ressort, tout de même, que les interventions sont pénibles, que les malades deviennent parfois très mal au cours de leur intervention et que, souvent, le complément d'anesthésie générale au protoxyde d'azote prend des proportions tellement importantes qu'il est à se demander si l'opération s'effectue à l'anesthésie locale ou générale. De plus, on a constaté que le temps opératoire est de beaucoup prolongé et que la réalisation de toute cette démonstration chirurgicale, y compris la quantité et la qualité du personnel qu'elle impose, exige des conditions matérielles de travail difficiles à réaliser dans tous les milieux.

Mais tout ceci importe peu, pourvu que les résultats soient supérieurs.

#### *L'anesthésie rachidienne :*

L'anesthésie rachidienne consiste en l'injection d'un anesthésique local dans le canal rachidien afin d'obtenir une imprégnation des racines antérieures et postérieures et procurer l'anesthésie des nerfs moteurs et sensitifs qui se dégagent des trous de conjugaison.

Elle se divise en trois catégories : l'anesthésie rachidienne haute accompagnée d'un degré de paralysie des muscles intercostaux, et c'est ce premier mode d'anesthésie qui, seul, peut être utilisé dans la chirurgie thoracique et pulmonaire.

Les deux autres catégories : rachidienne moyenne et rachidienne basse, ne peuvent pas être considérées dans ce domaine.

Les agents anesthésiques utilisés pour produire l'anesthésie rachidienne haute sont la procaine, la pontocaïne et la nupercaïne. La solution peut être hypobarique, isobarique ou hyperbarique. La technique d'anesthésie diffère, suivant que l'on utilise l'une ou l'autre de ces solutions.

Ce n'est pas le lieu, dans ce travail, de définir toutes les lois de la rachianesthésie et ne peuvent être considérés que les éléments qui sont directement en rapport avec la chirurgie thoracique et pulmonaire.

Le point capital est la détermination de la hauteur de la rachianesthésie à obtenir. Ce niveau doit être suffisamment élevé pour atteindre la première côte.



*La rachidienne haute.* Le propagandiste de l'anesthésie rachidienne haute dans la chirurgie thoracique et pulmonaire est le docteur Wesley Bourne. Il utilise la nupercaïne suivant la technique d'Etherington Wilson.

Les malades reçoivent une médication préliminaire d'intensité moyenne : morphine et barbiturique, avant leur intervention, la ponction lombaire est effectuée en position assise et laisse pénétrer dans le canal rachidien, une quantité suffisante de nupercaïne en solution hypobarique. Après l'injection, le malade demeure en position assise pendant plusieurs secondes pour permettre la diffusion haute de la solution hypobarique et atteindre la hauteur désirée d'anesthésie. Puis, le malade est couché en position d'un léger Trendelenburg.

Pour quiconque est un peu au courant des dangers de la rachidienne et des risques de la diffusion de l'anesthésique en solution hypobarique quand le malade est en position assise, ces manœuvres peuvent paraître hasardeuses et le succès est conditionné par l'application d'une technique rigoureuse.

Au cours de l'intervention, le malade reçoit de l'oxygène, des sérums, du plasma et une transfusion. L'anesthésiste se prépare à toute éventualité et si, pour une raison ou pour une autre, l'anesthésie rachidienne devient insuffisante, on y ajoute un complément d'anesthésie générale au protoxyde d'azote ou au cyclopropane.

Les avantages de cette technique, selon Wesley Bourne, sont les suivants : en plus de l'insensibilité, on peut, à volonté, obtenir le sommeil complet. Le malade peut tousser et expectorer ; les hémorragies sont diminuées ; la respiration est régulière, le relâchement musculaire parfait et l'alimentation est possible, deux ou trois heures après l'intervention. La chute de la pression artérielle, si elle se produit, est promptement jugulée par l'administration d'éphédrine.

*Anesthésie rachidienne continue.* Le principe de la rachidienne continue est de permettre la prolongation de la durée de l'anesthésie rachidienne par des nouvelles réinjections d'anesthésique, après que l'anesthésie a déjà été obtenue par une dose initiale suffisante.

Cette technique demande de maintenir en place l'aiguille de ponction lombaire et de rester en communication avec le canal rachidien, tout le temps de l'intervention.



Georges Willower utilise cette technique dont l'avantage principal est la possibilité de maintenir l'anesthésie aussi longtemps que désiré. En effet, les anesthésiques locaux ont une limite de temps pour agir et la longueur de l'intervention, sans adjuvant d'un autre anesthésique de complément, est en rapport avec la durée d'action de l'agent anesthésique. La rachidienne continue devient une solution à ce problème. Willower utilise la procaine à 2½ pour cent. Il n'attache pas d'importance au choix de ponction de l'espace intervertébral. Le degré de hauteur de l'anesthésie se fait de façon ascendante et la quantité d'anesthésique s'établit au taux de cinquante milligrammes d'anesthésique pour deux espaces intervertébraux.

Pour un premier temps de thoracoplastie, il doit atteindre le bord supérieur de la clavicule. La chute de pression est causée par une paralysie sympathique et la syncope respiratoire, par l'anesthésie de la corde cervicale. Les résultats qu'il a obtenus dans la chirurgie pulmonaire ont été bons dans 85 pour cent des cas. Il a administré un anesthésique de complément dans 11.7 pour cent des cas.

A dix reprises différentes, l'opération a dû être abandonnée. Ces opérations ont été inachevées, ce qui aurait peut-être tendance à démontrer que ces techniques anesthésiques ne comportent pas toujours l'élément de sécurité qu'on leur attribue.

Quoi qu'il en soit pour Willower, les avantages de cette technique seraient le contrôle de la durée de l'anesthésie qui peut être prolongée à volonté. Les autres avantages ont déjà été décrits pour la rachidienne haute.

*L'anesthésie épidurale.* L'anesthésie épidurale consiste dans l'injection d'un anesthésique local entre la dure-mère de la corde spinale et les formations osseuses et cartilagineuses du canal vertébral.

Cet espace épidural contient les racines des nerfs rachidiens, les ganglions spinaux et les rameaux communicants gris et blancs.

L'anesthésie épidurale est une anesthésie beaucoup plus sensitive que motrice et cette prédilection pour l'anesthésie sensitive est due à la formation anatomique des éléments nerveux à ce niveau. Les éléments moteurs étant beaucoup plus gros et protégés par un manchon myélinique ils sont moins accessibles à l'action de l'anesthésique que les

éléments sensitifs qui, eux, sont plus petits et n'ont pas de manchon fibreux.

Pour la chirurgie pulmonaire et thoracique, l'injection se fait dans la région comprise entre la septième vertèbre cervicale et la troisième vertèbre thoracique.

Timihowa est un ardent défenseur de la technique de l'anesthésie épidurale dans la chirurgie thoracique et pulmonaire. Il admet, tout de même, que la technique est d'administration difficile. Il a besoin pour la réaliser de toute la coopération du malade.

Il affirme la supériorité de ce mode d'anesthésie et ses qualités en feraient l'anesthésie idéale en chirurgie pulmonaire.

La supériorité de l'épidurale sur la rachidienne est l'impossibilité pour l'anesthésique d'atteindre les centres vitaux de la moelle, puisque l'espace épidural est fermé par le *foramen magnum*. C'est là l'argument principal pour justifier ses préférences, les autres avantages sont comparables à ceux qui ont déjà été mentionnés pour la rachianesthésie haute.

En résumé, dans l'étude de toute cette question de l'anesthésie locale, de l'anesthésie rachidienne et épidurale, dans la chirurgie thoracique et pulmonaire, il ressort que ces différentes techniques rencontrent l'approbation de nombreux anesthésistes et il faut tenir compte, dans l'évaluation de ces procédés, de l'opinion d'un homme du calibre d'Overholt qui préconise l'anesthésie locale.

Les résultats sont très satisfaisants, mais les techniques sont souvent difficiles d'application pratique et comprennent des complexités fort discutées, au point qu'il est à se demander laquelle il faut préférer de l'anesthésie locale ou générale.

Évidemment, les supporteurs de l'anesthésie locale ont voulu éliminer tous les inconvénients de l'anesthésie générale, mais, par contre, les supporteurs de l'anesthésie générale ont voulu combler les insuffisances de l'anesthésie locale.

Avec l'anesthésie générale, le problème se complique davantage et il y aura à tenir compte d'une quantité de facteurs dont la solution était toute trouvée dans l'anesthésie locale.

Le problème de l'anesthésie générale, en chirurgie thoracique et pulmonaire, se complique du fait de la perte de conscience du malade,

de la disparition des réflexes, de l'impossibilité de conserver l'effort de la toux, d'empêcher l'évacuation des sécrétions, de favoriser par irritation la production de ces mêmes sécrétions. Tous ces inconvénients étaient facilement évités dans l'anesthésie locale.

Puis, sont encore cause de difficultés importantes, les changements apportés dans la physiologie de l'arbre respiratoire par l'intoxication anesthésique. La diminution ou l'augmentation de l'amplitude des mouvements respiratoires, les états d'apnée, la respiration paradoxale exagérée, la diminution de la capacité vitale et bien d'autres causes, sont tous des facteurs qui s'ajoutent au problème.

Aussi, l'anesthésie générale est un problème complexe dont la solution relève de l'application de techniques anesthésiques nombreuses et qui, comme pour la question des anesthésiques locaux, devient le sujet de discussions et de controverses où l'on rencontre les plus belles approbations et les plus importantes condamnations.

#### *Techniques d'anesthésie générale :*

L'anesthésie générale se propose dans son application un but ultime et unique : permettre l'intervention chirurgicale. Les moyens qu'elle a à sa disposition pour atteindre cette fin sont nombreux et les techniques anesthésiques sont variées.

Si l'on veut réussir à donner un aperçu de toute la question de l'anesthésie générale, dans la chirurgie thoracique et pulmonaire, dans des limites de temps et d'espace raisonnables, il faut accepter, d'ores et déjà, comme acquises, les connaissances essentielles de l'anesthésie moderne appliquées à la chirurgie générale. Autrement, il n'y aurait aucun moyen d'arriver à un résultat, tellement la compréhension de ces techniques nouvelles est intimement liée à la connaissance des notions élémentaires d'anesthésie.

Il faut accepter comme acquises toutes les notions d'anesthésie qu'il est nécessaire d'avoir pour effectuer une anesthésie générale moderne pour une intervention relevant de la grande chirurgie, telle qu'une gastrectomie, une cholécystectomie ou une hystérectomie.

En partant de ces notions acquises, il sera facile d'aller plus loin et d'ajouter aux difficultés d'une narcose bien conduite pour la chirurgie

générale les embarras nouveaux que pose le problème de l'anesthésie générale en chirurgie thoracique et pulmonaire. Les risques anesthésiques seront beaucoup plus importants dans ce domaine que dans toutes les autres interventions, car, en plus de l'intoxication anesthésique, il faudra envisager, à chaque fois, le risque opératoire, qui, de par sa nature même, est toujours grave. La thoracoplastie présente peut-être moins de gravité par elle-même que les interventions sur le poumon, comme les pneumectomies ou les lobectomies. Mais, de toute évidence, ces interventions sont toujours sérieuses et, en comparaison avec la chirurgie générale, les risques sont toujours plus importants. Dans la pneumectomie, le traumatisme chirurgical est de sa nature même très grave ; il comporte des délabrements étendus ; il ne peut s'effectuer sans l'ouverture large de la cage thoracique ; l'organe malade qui doit être enlevé est un organe vital, excessivement délicat à manœuvrer ; ces manœuvres se font en profondeur, près du médiastin et à proximité du cœur. La ligature d'un pédicule pulmonaire est toujours impressionnante ; c'est le moment critique de l'opération et c'est à ce moment que l'anesthésiste peut toujours perdre son malade.

C'est dire que, du point de vue chirurgical pur, les interventions thoraciques ou pulmonaires sont toujours graves et l'anesthésiste doit tenir compte de cet état de gravité, avant une anesthésie générale. Il aura certainement à établir, au cours de l'intervention, des thérapeutiques spéciales de prévention des accidents et, souvent aussi, il devra utiliser les moyens de réanimation nécessaires. Heureusement, ces moyens de réanimation sont, aujourd'hui, d'une efficacité reconnue et il est vrai de dire que l'anesthésie moderne, non seulement produit l'anesthésie du patient, mais, avant tout empêche peut-être le patient de mourir. Nombre de succès chirurgicaux doivent leurs résultats à l'efficacité des moyens de réanimation des malades.

Un autre point de vue qu'il est intéressant de mettre en évidence, afin de bien laisser voir les difficultés qui se présentent, est le fait que l'organe qui doit être enlevé dans la chirurgie pulmonaire est aussi l'organe qui, par ses fonctions physiologiques, est essentiel à l'administration des agents anesthésiques volatils dont l'anesthésiste se sert pour produire la narcose. De plus, advenant le cas de la nécessité d'une réanimation

obligatoire chez un malade à jamais perdu que le traumatisme opératoire a conduit à la dernière extrémité, l'organe qui est essentiel à la réussite des moyens de réanimation est encore l'organe que le chirurgien doit enlever.

L'anesthésie est encore compliquée du fait que tous les agents anesthésiques volatils pénètrent dans le sang par la voie pulmonaire et que, en plus, tout le problème de l'oxygénation du sang et de l'élimination des déchets de la respiration, spécialement l'anhydride carbonique, ne peuvent se faire par une autre voie que le poumon. Or, ce poumon est un organe malade, très malade, puisque on en est venu à la décision de l'enlever pour assurer la santé du patient. Les suppurations bronchiques, tous les états de collapsus pulmonaire, toutes les gênes mécaniques de la respiration, la toux et tant d'autres facteurs, viennent compliquer à l'extrême le problème de l'anesthésie générale et la grande indication de l'anesthésiste est de maintenir libre à tout prix les voies respiratoires. C'est le facteur essentiel de succès. Avec une respiration libre, l'anesthésiste pourra endormir son malade et contrôler la narcose. Avec une respiration libre, il pourra ranimer son patient et l'empêcher de mourir. La condition essentielle du succès est donc, en tout premier lieu, de maintenir libres à tout prix, les voies respiratoires.

Les ennuis que peut rencontrer l'anesthésiste, au cours de l'anesthésie générale dans la chirurgie thoracique et pulmonaire, sont les mêmes que ceux qu'il peut rencontrer dans l'anesthésie en chirurgie générale ; mais, à ces mêmes ennuis s'ajoutent toutes les complications que présente le malade pulmonaire opéré.

L'anesthésiste aura à envisager pour la chirurgie pulmonaire le problème des sécrétions bronchiques, de l'anesthésie endotrachéale, de l'anesthésie endobronchique, de la respiration contrôlée, de la pression intrapulmonaire positive. Toute cette nomenclature n'est qu'un aperçu des difficultés qu'il aura à surmonter.

*Les sécrétions bronchiques.* L'état pathologique qui cause le plus d'ennuis, au cours des interventions pulmonaires, est constitué par les sécrétions bronchiques. Les tuberculeux cavitaires, les bronchectasiques, les cancéreux du poumon et des bronches, les porteurs de fistule broncho-pleurale, les porteurs d'abcès du poumon, sont tous des malades qui toussent et qui expectorent des quantités souvent énormes de pus. A

cette sécrétion pathologique peut venir se surajouter une sécrétion irritative par l'utilisation d'agent anesthésique, tel que l'éther.

Il va sans dire que le patient qui n'est pas sous l'influence de la narcose tousse et expectore facilement et qu'il a des moyens naturels de défense qui sont les réflexes de la toux et qui permettent au sujet d'éliminer ses sécrétions et ses suppurations. Il est évident que l'avantage de l'anesthésie locale est de conserver ces moyens de défense au patient ; mais, sous anesthésie générale, les réflexes sont abolis, le patient a perdu ses moyens de défense, la toux et l'expectoration sont impossibles. Il peut s'ensuivre, au cours de l'intervention, des complications graves qui peuvent même être cause de la perte du patient. En effet, un abcès du poumon qui se vide dans les bronches, au cours d'une anesthésie générale, est une complication grave par les effets qu'elle produit.

Il s'établit une obstruction bronchique qui peut être totale et cette obstruction bronchique est sûrement à l'encontre du principe primordial : maintenir à tout prix les voies respiratoires libres.

Les sécrétions bronchiques n'ont pas toutes une importance égale, elles varient en intensité avec l'état pathologique de chaque malade. Mais si, pour tous, le problème n'est pas aussi ardu, pour tous il existe et doit être considéré.

Les mesures préventives des complications apportées par la présence de sécrétions bronchiques se prévalent de plusieurs techniques thérapeutiques importantes.

Il est, d'abord, recommandé qu'un drainage thérapeutique des bronches soit institué, plusieurs jours avant l'opération. Et, chez ces malades, il est habituel de faire des bronchoscopies aspiratrices pendant plusieurs jours avant l'opération. Si la bronchoscopie est impossible pour une raison ou pour une autre, le drainage des bronches est facilité en maintenant le patient en position déclive pour favoriser l'écoulement à l'extérieur des sécrétions bronchiques.

De plus, en tenant compte du fait que ces patients toussent et craquent surtout le matin au réveil, il y aura indication de faire l'opération, tard dans l'avant-midi, ou même dans l'après-midi, afin de s'assurer du maximum d'évacuation bronchique.

Enfin, comme mesure préventive du traitement des sécrétions, se pose le problème de l'anesthésie endotrachéale.

*L'anesthésie endotrachéale :*

L'anesthésie endotrachéale est une technique d'anesthésie qui consiste en l'introduction d'une sonde trachéale dans la trachée-artère. Le but de l'introduction de cette sonde est de pouvoir maintenir de façon parfaite la liberté des voies respiratoires et d'éliminer les gênes respiratoires qui auraient pour cause une obstruction mécanique du naso-pharynx et du larynx.

Les avantages de l'intubation endotrachéale sont nombreux, mais appliquée plus spécialement à la chirurgie pulmonaire, elle a celui de maintenir les voies respiratoires parfaitement libres. Elle rend possible la respiration contrôlée et la respiration sous pression positive. Elle permet aussi l'aspiration des sécrétions bronchiques au moyen d'une succion qu'il est possible d'introduire dans les bronches par la lumière de la sonde.

L'anesthésie endotrachéale peut être, soit partiellement obstructive ou totalement fermée. Dans le premier cas, la sonde utilisée est d'un calibre d'environ la moitié du calibre de la trachée et peut ainsi permettre le passage de l'air en partie par l'orifice de la sonde, en partie par l'espace libre entre la sonde et les parois de la trachée et l'orifice du larynx.

Pour obtenir une endotrachéale complètement fermée, le calibre de la sonde est beaucoup plus gros et son extrémité distale est munie d'un ballon qui forme manchon autour de la sonde et qui peut être soufflé de façon à obstruer complètement la trachée-artère. L'introduction de cette sonde endotrachéale demande une technique habile qui peut quelquefois compliquer l'anesthésie.

L'anesthésiste doit-il ou non utiliser l'anesthésie endotrachéale dans la chirurgie thoracique et pulmonaire?

La réponse à cette question, pour toute simple qu'elle paraisse être, si on ne considère que les avantages d'une intubation, est pourtant fort difficile à donner, si on en établit le bilan des avantages et des inconvénients. Il semble que la majorité des auteurs favorisent l'intubation endotrachéale pour la chirurgie thoracique et pulmonaire, mais un fort



pourcentage en limitent l'utilisation à des indications spéciales et semblent y voir une complication surajoutée à un problème d'anesthésie déjà si compliqué.

C'est que, en réalité, il y a plusieurs inconvénients à l'anesthésie endotrachéale. C'est, en somme, l'introduction d'un corps étranger dans un organe qui, sous l'action de l'anesthésie générale, ne tolère aucunement un corps étranger et physiologiquement cherche à les expulser le plus rapidement possible.

Ce corps étranger introduit dans les bronches est une cause d'irritation pour la trachée et provoque un réflexe de toux important.

Puis, s'ajoute la présence d'un corps lubrifiant qui a servi à faciliter l'introduction de la sonde dans les bronches. Ce lubrifiant agit encore à la façon d'un corps étranger et il comporte, en plus, le danger qu'une partie de ce lubrifiant reste dans les bronches, même après que la sonde a été enlevée.

L'épaisseur de la paroi de la sonde diminue la grandeur de la lumière de la trachée et peut être comparable à une gêne mécanique partielle de la respiration.

Un inconvénient important de l'anesthésie endotrachéale est la nécessité d'obtenir une anesthésie profonde pour l'introduction de la sonde et de maintenir cette anesthésie profonde pour que le patient conserve sa sonde. Il est nécessaire de maintenir l'anesthésie dans le deuxième stade, ou plus, de l'anesthésie chirurgicale.

Il peut se produire, au cours des manœuvres, des traumatismes du pharynx et du larynx. De plus, toute la flore microbienne contenue dans le naso-pharynx et le larynx peut être transportée dans les bronches, surtout si l'introduction de la sonde se fait par la voie nasale.

Enfin, le travail récent du docteur Burnstein, de New-York, a tendance à démontrer que l'intubation endotrachéale produit des modifications de l'électrocardiogramme, de façon passagère, peut-être, mais constante, et serait, en conséquence, un facteur qui favoriserait l'apparition de l'état de choc.

Tels sont, en somme, les inconvénients de l'intubation endotrachéale et c'est pour toutes ces raisons que plusieurs la considèrent comme non désirable, à moins d'indications spéciales où les inconvénients de cette



technique seraient contrebalancés par des avantages supérieurs à ces inconvénients.

Aussi Richardson affirme qu'il n'y a pas de règle à établir sur ce sujet et que, à son avis, elle doit être effectuée seulement dans les cas où elle est absolument nécessaire et où les sécrétions sont très abondantes : il en vient même à se demander si l'irritation provoquée par la présence du tube n'est pas un facteur de sécrétions.

Aussi, la question de l'anesthésie endotrachéale est-elle fort discutée pour la chirurgie thoracique et pulmonaire.

Ceux qui la préconisent ont une argumentation très favorable qui leur permet de critiquer fortement les adversaires de la technique. Par contre, un grand nombre de spécialistes sont moins catégoriques. Ils en font une question d'indication ou de contre-indication pour chaque patient et c'est peut-être à ces derniers qu'il faut accorder la préférence.

(A suivre.)

---

# HISTOIRE DE LA MÉDECINE

---

## HISTOIRE DES MÉDECINS CANADIENS

par

Ch.-M. BOISSONNAULT

---

### Introduction

*Nous présentons aujourd'hui quelques biographies de médecins canadiens. Le docteur Adam Mabane, les trois Laterrière, le docteur John Rolph, quelques-uns des médecins qui ont joué un rôle durant la révolution de 1837-38 et le docteur Jean-Baptiste Meilleur font partie de cette première série.*

*L'auteur, M. Charles-Marie Boissonnault, publiciste, historien, secrétaire de la Société des poètes, membre de la Société des écrivains, ancien directeur de la Canadian Authors Association, membre de la Société canadienne d'histoire de la médecine, prépare en ce moment une Histoire de la Faculté de médecine de l'université Laval. Ce sont les notes biographiques recueillies au cours de ses recherches dans les archives canadiennes et de ses lectures des ouvrages divers qui constituent les sources de l'histoire de la médecine au Canada, que M. Boissonnault, commence à publier dans le Laval médical. Dans ces biographies de médecins, l'auteur raconte les faits et les événements auxquels se trouèrent mêlés, d'une façon ou d'une autre, différents praticiens canadiens.*

La RÉDACTION

## I

**Lendemain de conquête : Adam Mabane**

L'histoire de la médecine traite des événements qui appartiennent à l'art de conserver la santé et de guérir les malades, art qui repose sur la science des maladies. L'histoire des médecins, elle, se borne à raconter les faits et les circonstances relatifs à la vie des hommes qui exercent ou qui ont exercé la médecine. « Un grand professeur en médecine et un grand médecin », écrit Chazelles, « peuvent être deux hommes différents. » De même, l'histoire des médecins et l'histoire de la médecine peuvent être deux récits différents.

Dans toute société bien organisée, le médecin joue un rôle social très important. Au lendemain de la cession du Canada à l'Angleterre, comme aux premiers temps de la Nouvelle-France, il se trouva, à Québec, un médecin éminent qui assumait l'un des premiers rôles politiques dans l'élaboration du nouveau régime. Sa vie a été consacrée à l'établissement du droit et de la justice sur les rives du fleuve Saint-Laurent.

On n'est pas très bien fixé sur les origines du docteur Adam Mabane. Ses biographes, sur la foi d'un article de l'abbé L. Bois, affirment qu'il avait étudié la médecine à Édimbourg, en Écosse. Cependant, son nom n'apparaît pas dans la liste des médecins sortis de cette institution. On croit qu'il n'y termina point ses études et qu'il s'engagea, jeune encore, dans la marine de Sa Majesté le roi d'Angleterre. Les uns le déclarent Écossais pur sang, les autres prétendent qu'il descend d'une famille française établie en Écosse depuis quelques générations.

Quoiqu'il en soit, Adam Mabane a été l'une des plus remarquables figures de la profession médicale au début du régime anglais. Tour à tour chirurgien de la garnison de Québec, plus tard juge et membre du conseil législatif, Mabane était un homme renseigné, fervent d'histoire et de culture, studieux et généreux. Il vint en Amérique avec l'armée du général Amherst. Il possédait le français comme l'anglais et quand il se fut installé à Québec, c'est à la demande expresse du général Jacques Murray qu'il présida le premier tribunal de ce pays. Sa connaissance des lois françaises était égale à sa maîtrise de la jurisprudence anglaise. Lors de sa nomination au poste de juge, il reçut cent cinquante livres



Le docteur ADAM MABANE,  
médecin, magistrat, homme politique,  
fondateur *in partibus* du parti canadien au lendemain  
de la cession du Canada à l'Angleterre.

(Archives publiques du Canada.)

par an, somme considérablement inférieure à ce que lui rapportait l'exercice de la médecine.

Plus tard, sous l'administration de Frederick Haldimand, il devint surintendant de l'hôpital militaire et son amitié avec le gouverneur suisse lui valut l'animosité d'une partie des marchands de Québec, gens peu scrupuleux venus des États-Unis et qui voulaient tailler le pays en coupe réglée. Mabane commença alors de regarder cette population hétéroclite venue du pays de Washington avec les yeux d'un Européen qui préfèrent les vieilles coutumes d'outre-mer et comme un Anglais qui ne veut pas que le Canada soit entraîné dans le sillage de la grande République américaine, de là tous les déboires qui ont marqué sa vie publique.

Dans les Archives canadiennes, série Q, volume 19, se trouve un dossier contenant la correspondance intervenue entre le gouverneur Haldimand et lord George Germain. On y relève plusieurs lettres touchant Adam Mabane et la fermeture de l'hôpital militaire. Le dossier contient aussi une communication du docteur Mabane.

Les ennemis du gouverneur Haldimand, ce semble, l'avaient accusé de partialité à l'égard du docteur Mabane et même de favoritisme. Sa nomination au poste de surintendant de l'hôpital militaire n'était pas nécessaire, disait-on, puisque l'hôpital lui-même est inutile et constitue un fardeau superflu pour le gouvernement de la province de Québec. On sait que le Canada, à cette époque, portait officiellement le nom de province de Québec.

Et cependant, depuis 1763, il y avait dans la capitale québécoise, un chirurgien militaire. En temps de guerre comme en temps d'épidémie parmi les troupes, un hôpital était indispensable à la garnison. Port d'entrée, Québec avait évidemment besoin d'un médecin militaire. Les nouvelles recrues et les renforts requis par l'armée arrivaient à Québec. Une institution capable de recevoir les malades était essentielle à la bonne administration de l'armée. Pendant dix-huit ans, cet hôpital avait eu comme directeur le docteur Adam Mabane. C'est d'ailleurs ce qu'il note dans une lettre expédiée à Haldimand le 21 septembre 1781.

Que les confrères de Mabane soient jaloux de ce poste et que les marchands s'en plaignent, c'est ce que l'on ne saurait comprendre puis-

que Mabane ne recevait aucun salaire de ce chef. Son titre de chirurgien de la garnison, affirme-t-il dans cette lettre, ne sert qu'à démontrer qu'il a la confiance et l'appui du gouvernement de la colonie. A cette époque, les médicaments requis par la garnison de Québec étaient fournis par l'Hôpital Général de Trois-Rivières, ce qui paraît pour le moins extraordinaire.

De plus, Mabane, nommé fonctionnaire par Murray en 1764, avait immédiatement abandonné toute pratique rémunératrice de la médecine. Et son salaire de fonctionnaire, il le recevait en qualité de juge, non pas à titre de chirurgien de la garnison de Québec.

Le 23 octobre 1781, dans une lettre à George Germain, Haldimand annonce qu'il s'est conformé aux instructions du gouvernement anglais et, que, par conséquent, il a supprimé le poste de chirurgien de la garnison de Québec, ce qui constitue proprement, pour Adam Mabane, une mise à pied. Selon la coutume administrative du temps, les motifs invoqués contre Mabane n'ont rien à voir avec la vérité. Mabane a été destitué parce qu'il nuisait aux commerçants de Québec et de Montréal contre lesquels il défendait la population canadienne, tant à titre de magistrat que de membre du conseil législatif.

## I

Hilda Neatby, qui a consacré une importante étude à la carrière politique du chirurgien militaire de Québec note que, dans toute l'histoire du Canada, trois facteurs principaux déterminent l'évolution sociale et administrative de notre pays : la présence de deux groupes ethniques, l'influence des États-Unis et l'ambition britannique. Une fois de plus, dans l'histoire de l'humanité, sur les bords du Saint-Laurent, les atavismes que la raison ne gouverne pas vont déterminer les actes des forces ethniques qui se trouvent réunies sur un même terrain. Le groupe français, habitué à l'autorité du gouverneur, composé en grande partie de militaires, s'entendra mieux avec les Anglais qui entourent Murray. Le groupe commercial, constitué par les marchands de New-York installés à Québec et à Montréal, réclamera tous les droits et principalement celui de conduire à sa guise le commerce et l'industrie.

Quand le docteur Adam Mabane arriva à Québec, écrit mademoiselle Hilda Neatby, les trois facteurs décrits plus haut étaient déjà en pleine activité et les forces immatérielles qui animent les humains exerçaient déjà une pression formidable sur les partis en présence.

Les soldats de Wolfe avaient à peine pris leur cantonnement que les États-Unis nous expédiaient une foule de marchands bien décidés à s'emparer du commerce des fourrures base fondamentale de l'économie de la Nouvelle-France. Immédiatement, commença une discussion serrée touchant la forme que devraient prendre le nouveau gouvernement et le système judiciaire de cette nouvelle possession britannique. Le général Monckton, qui assumait le commandement des troupes anglaises à la mort de Wolfe, « publia un manifeste par lequel il permettait aux habitants de retourner sur leurs fermes, à condition qu'ils rendissent leurs armes et prêtassent le serment de fidélité. La plus grande partie de la population des villages et des districts tributaires de Québec se soumit à ces conditions. Dans une lettre écrite à Pitt, le 8 octobre 1759, le général Monckton dit qu'à cause des blessures reçues à la prise de Québec, les chirurgiens l'avaient engagé à aller passer l'hiver dans le sud »<sup>1</sup>. En conséquence, Monckton désigna Jacques<sup>2</sup> Murray comme son remplaçant et confia au colonel Burton, commandant en second, le poste de lieutenant-gouverneur.

C'est en cette qualité que le général Murray dressa, le 5 juin 1762, un « rapport concernant le gouvernement de Québec au Canada », rapport dans lequel on relève sous la rubrique *Personnel de l'hôpital de Sa Majesté*, les noms suivants : M. Francis Russell, premier chirurgien, M. Field et M. Mabane, aides-chirurgiens. Ajoutons immédiatement que, dans ce rapport, le gouverneur anglais décerne un brevet de bonne santé à la population de la Nouvelle-France : « Les hommes, écrit-il, appartiennent à une race forte et active et jouissent d'une excellente santé ; les femmes sont très prolifiques et tout porte à croire qu'il se produira une augmentation considérable de la population d'ici vingt ans. »<sup>3</sup>

1. *Documents constitutionnels*, tome 1, p. 30.

2. Le gouverneur Murray traduisait presque toujours son prénom. Il est donc normal pour quiconque écrit en français d'en faire autant.

3. *Doc. const.*, tome 1, p. 60.

Murray subdivise en quatre catégories le peuple canadien : la haute classe appelée noblesse, le clergé, les marchands ou la classe commerciale et les paysans appelés ici habitants. Ceux-ci, affirme-t-il, constituent « une race forte et pleine de santé. Ces gens se vêtent sans recherche, ils sont vertueux dans leurs mœurs et tempérants dans leur genre de vie ». Burton laisse entendre un autre son de cloche : « La plupart des jeunes gens attirés par la vie de débauche et d'aventure que leur offrait le trafic avec les sauvages du haut du pays, ne songeaient à se créer un foyer que le jour où ils se sentaient épuisés par les maladies ou par une vieillesse prématurée. »<sup>4</sup>

Nous ne possédons pas encore d'études médicales et démographiques de cette époque permettant de nous rendre compte de l'état exact de la santé physique de nos ancêtres. En revanche, ils jouissaient d'une forte santé morale et intellectuelle si l'on en juge par la vigueur avec laquelle ils ont résisté à l'invasion industrielle, commerciale et sociale. Les Canadiens ont immédiatement compris que les institutions qui les protégeraient le mieux seraient celles qui assureraient le maintien des conventions et des contraintes nécessaires à l'existence de la société canadienne. Parmi ces conventions et ces contraintes, les lois qui régissent les relations des membres de la collectivité entre eux sont les plus efficaces.

Les circonstances dans lesquelles se trouvait alors la colonie facilitaient une telle entreprise. Dans l'ordonnance établissant les cours civiles, il est dit : « Les lois et les coutumes françaises seront autorisées et admises dans toutes les causes soumises à cette cour (des plaids communs), entre les natifs de cette province, si la cause de l'action a été mue avant le premier jour d'octobre 1764. »<sup>5</sup>

Le 13 août 1764, le général Murray nomme au poste de juge de la cour des plaidoyers communs le docteur Adam Mabane et l'invite en même temps à faire partie de son conseil. Possédant une connaissance remarquable du français, Mabane était tout désigné pour présider un tribunal auquel s'adressaient habituellement les Canadiens. Les deux premiers fonctionnaires de la Couronne anglaise, Gregory, juge en chef, et Suckling, procureur général, « ignorent complètement la langue des

4. *Doc. const.*, tome I, p. 73.

5. *Ibid.*, p. 182.



natifs, écrit Murray, ont des ressources médiocres et bien qu'ils soient peut-être des avocats capables et des hommes intègres, leur ignorance au sujet de cette contrée, les rend plutôt propres à causer des embarras et des difficultés qu'à les faire disparaître »<sup>6</sup>. En vérité, William Gregory sortait de prison.

Le conseil désigné par Murray se composait du juge en chef Gregory, de Paulus Æmilius Irving, Hector-Théophile Cramahé, Samuel Holland, Thomas Dunn, Adam Mabane, Walter Murray, François Mounier, James Goldfrap et Benjamin Price, ces deux derniers nommés le 31 octobre 1764<sup>7</sup>.

Le serment d'office, par cela seul qu'il exigeait de la part des catholiques, une affirmation incompatible avec leurs croyances, les excluait des postes officiels. Le docteur Arthur Mabane et le marchand Huguenot, Mounier, représentaient l'élément canadien. John Fraser, officier à sa retraite qui avait fait ses études au collège des Jésuites de Douai, allait bientôt assurer un autre collègue à Mabane. C'est ainsi que se forma, au sein du premier gouvernement, le parti que les historiens anglo-canadiens désignent sous le nom de *French Party*. Mabane allait en devenir l'âme dirigeante.

Mabane comme juge, écrit Hilda Neatby, répondait fort bien au système paternaliste réclamé par le *French Party*. Il avait bon cœur, était laborieux et parfaitement honnête. Il se donna même la peine d'apprendre quelque peu de droit, car après son élévation sur le banc, il semble avoir étudié ou du moins lu les principaux livres de droit, anglais ou français, de son temps. On lui a reproché de juger trop souvent selon l'équité. A cet égard, l'ordonnance spécifiait cependant ce qui suit : « Les juges de cette cour devront décider suivant l'équité en tenant compte cependant des lois d'Angleterre en autant que les circonstances et l'état actuel des choses le permettront, jusqu'à ce que le gouverneur et le Conseil puissent rendre des ordonnances conformes aux lois d'Angleterre, pour renseigner la population. »<sup>8</sup> C'est dire en propres termes que le docteur Mabane, en sa qualité de président du tribunal, avait toute latitude pour trancher les litiges selon les circonstances et l'équité.

6. Q. 2, p. 378. La traduction s'en trouve dans *Doc. const.*, tome 1, p. 228, note 2.

7. Thomas CHAPAIS, *Cours d'Histoire du Canada*, tome 1, p. 15. Première édition.

8. *Doc. const.*, tome 1, p. 182.

Pourquoi, alors, le lui reprocher sinon parce que les marchands ne peuvent dicter leur volonté ?

Il appert cependant que ce médecin militaire, qui avait fait son apprentissage sur les navires de l'amiral Saunders, avait un caractère décidé, résolu, et qu'il ne changeait pas souvent d'avis. Au surplus, était-ce bien le temps de confier l'administration de la justice à un avocat féru de subtilités légales ? On peut se le demander. Gouverner un pays conquis se fait plutôt avec tact et précaution... Murray voulait la pacification des esprits. Il a désigné un homme qu'il croyait en mesure d'y parvenir et le docteur Adam Mabane a été celui-là.

Malheureusement, Murray, en butte aux récriminations des marchands débarqués à Québec dans l'intention d'y faire fortune, se trouva bientôt débordé et dut se rendre en Angleterre. Il n'en revint jamais. Guy Carleton, général anglais, extrêmement adroit, le remplaça et, comme il avait été prévenu par les adversaires de Murray, il commença par destituer tous les partisans et confidents de son prédécesseur. Soucieux d'établir son crédit en Angleterre, Guy Carleton donne raison aux marchands. Le docteur Adam Mabane est sa première victime. Les compliments qu'avait reçu Mabane pour sa belle conduite dans l'armée d'Amherst alors qu'il l'accompagna de Philadelphie à Pointe-à-la-Chevelure (Crown Point) étaient oubliés.

Le premier décembre 1766, le gouverneur Carleton annonce au conseil « qu'il est marri d'avoir été obligé de révoquer le lieutenant-colonel Irving et M. Mabane, qu'il communiquera ses motifs à Sa Majesté ». La destitution remontait déjà à octobre, car le 13 de ce mois, les conseillers éliminés s'en plaignent déjà et le 18 octobre, Carleton avertit le *Board of Trade* de sa décision en ces termes : « Les membres non convoqués qui étaient alors en ville étaient M. Dunn, M. Walter Murray, M. Mabane, chirurgien, qui avait son hôpital à faire fonctionner, M. Mounier, un commerçant, qui, par suite d'une absence, n'avait pas été assermenté depuis mon arrivée, et le capitaine Cuthbert, dont le droit à un siège au conseil me paraissait douteux. Ces quatre derniers et le lieutenant-colonel Irving signèrent la remontrance », conclut Carleton.

Une semaine plus tard, écrivant à Shelburne, Carleton porte des accusations formelles : « Le grand chef de l'opposition projetée, affirme

Carleton, est Mabane, qui suivit l'armée à titre d'officier-chirurgien en ce pays. Espérant et croyant ce gouvernement non établi, il est déterminé à provoquer une grande agitation. J'espère qu'il n'y parviendra pas : le capitaine Cuthbert me menace de ses amis, affirme qu'il fut forcé par Murray d'entrer dans le conseil lors de son départ ; maintenant qu'il en fait partie, il semble vouloir amener l'univers tout entier. »

C'est aussi vers cette époque que Carleton songe à diviser les Canadiens et à les inciter, moyennant « la concession de trois ou quatre emplois sans importance dans l'administration civile »<sup>9</sup>, à se ranger du côté des Anglais. « L'élévation au rang de conseillers de trois ou quatre Canadiens en vue, dont les fonctions consisteraient à peu près à l'honneur de porter ce titre, bien que dans certaines occasions ils pourraient se rendre utiles, et l'organisation de quelques compagnies canadiennes d'infanterie commandées par des officiers judicieusement choisis avec la concession de trois ou quatre emplois sans importance dans l'administration civile, produiraient un grand changement dans l'opinion de la population. »<sup>9</sup>

Par ce moyen, Carleton entend diviser les Canadiens afin que, advenant une guerre avec la France, un certain nombre de *natifs* se rangent du côté de l'Angleterre et stimulent « le zèle des troupes nationales du roi ». Aussitôt, le gouverneur ajoute ceci : « En outre, les gentils-hommes auraient raison d'espérer que leurs enfants, sans avoir reçu leur éducation en France et sans faire partie du service français, n'en pourraient pas moins supporter leurs familles en servant le roi leur maître, et en exerçant des charges qui les empêcheraient de descendre au niveau du bas peuple par suite des divisions et des subdivisions des terres à chaque génération. » On conçoit qu'un gouverneur qui avait de telles dispositions ne pouvait pas s'entendre avec le docteur Adam Mabane. Aussi, pendant la période qui va de 1768 à 1775, le nom de Mabane disparaît-il des documents officiels. Par une annonce qu'il publia dans *La Gazette de Québec*, le 20 août 1767, nous savons qu'il fut chargé de disposer des biens de l'ancien gouverneur. Dans le bilan des biens meubles et immeubles de Jacques Murray, on remarque ce qui suit : « quelques nègres de deux sexes, une chaise, une selle, des chevaux de travail, avec des bœufs, des vaches, des moutons, etc. »

9. *Doc. const.*, tome 1, p. 269.

Au printemps de 1769, le docteur Mabane prit possession d'une résidence d'été sise non loin de Bois de Coulonge et qui portait le nom de *Samos* au temps où elle était la propriété du Séminaire de Québec. Rebaptisé *Woodfield* par Thomas Ainslie, cette demeure allait être celle de Mabane jusqu'à la fin de ses jours.

Durant le siège de Québec par les *Bostonnais*, le docteur Mabane dut se retirer à l'intérieur des murs pendant que les troupes de Benedict Arnold transformaient sa résidence en un hôpital. Invalides et blessés y demeurèrent apparemment durant toute la période d'occupation. Le gouvernement de la province de Québec indemnisa plus tard le chirurgien, car les soldats avaient laissé des traces évidentes de leur séjour en ces lieux. D'après un passage du journal d'Ainslie, il appert que l'on avait même bombardé *Woodfield* au cours de février. Pendant ce temps, le chirurgien avait repris l'exercice de ses fonctions auprès des blessés. A vrai dire, il n'avait jamais complètement cessé de pratiquer. Ainsi, le 27 août 1773, à titre de chirurgien de la garnison et à propos d'un militaire du nom d'Higgins, il émet un certificat spécifiant que le dénommé Higgins doit retourner en Angleterre parce qu'il souffre d'une maladie des yeux et que son état général de santé est déplorable.

Le docteur Mabane semble avoir repris son influence au cours des années qui précédèrent l'invasion des *Bostonnais*. En l'absence du juge en chef Hey, Mabane est nommé, le 17 février 1774, commissaire suppléant et chargé de tenir une cour suprême (*Oyer et Terminer*) à Québec. Thomas Dunn et Jenkin Williams sont désignés en même temps que lui. Plus d'un an après, le gouverneur Carleton le nomme juge des plaidoyers communs ainsi que son collègue et ami de toujours, John Fraser.

Enfin, au cours d'août 1775, s'il faut en croire *La Gazette de Québec*, le docteur Adam Mabane entre au conseil et devient l'un des aviseurs du gouverneur. Il est vrai que cette nomination était conforme aux instructions reçues par Carleton<sup>10</sup> : « Vous devrez rassembler à Québec (que nous désignons par les présentes pour être le lieu de votre résidence habituelle et le siège principal du gouvernement) les personnes suivantes que nous constituons et nommons par les présentes, de l'avis de notre Conseil privé, pour composer notre Conseil en ce qui regarde les affaires de

10. *Doc. const.*, tome II, p. 578.

notre dite province de Québec et des territoires y annexés . . . » Dans ce texte, on écrit le nom du docteur Mabane, *Mabean*.

Il est vrai que les idées de Carleton avaient considérablement évolué depuis qu'il était au Canada et les marchands dont il avait été l'instrument au début avaient tellement exagéré qu'ils avaient perdu toute influence sur lui ou à peu près.

Les mêmes hommes qui avaient reproché à Murray de vouloir administrer la province de Québec selon les méthodes françaises commençaient de trouver que Carleton, lui aussi, agissait comme un gouverneur français, système qu'ils qualifiaient d'autocratie et de despotisme. Pour diverses raisons, Carleton préférait les lois françaises aux lois anglaises. Dans les instructions qu'il venait de recevoir, il lui était enjoint d'établir le plus rapidement possible le droit anglais sur les bords du Saint-Laurent. « Le Conseil législatif devra élaborer les ordonnances pour l'établissement des cours de justice et l'administration de la justice de façon à ce que les lois d'Angleterre, sinon entièrement, du moins autant que possible, deviennent la règle pour décider dans toutes les actions personnelles au sujet de dettes, de contrats, etc., et particulièrement lorsque des sujets nés-britanniques y sont intéressés. »<sup>11</sup>

Bien décidé à gouverner selon son bon plaisir et à mettre en vigueur les lois françaises, le gouverneur Carleton ne publia point ses instructions de sorte que bien peu de personnes surent ce qu'elles contenaient. Toutefois, le juge en chef Hey, en connaissait la teneur et il entendait bien tirer le maximum de cette partie de la clause 12 qui disait : « . . . il sera du devoir du Conseil législatif de bien considérer lorsqu'il s'agira d'élaborer les ordonnances qui pourront être nécessaires pour l'établissement des cours de justice et la bonne administration de la justice, si les lois anglaises, sinon entièrement, du moins en partie, ne devraient pas servir de règle dans tous les cas d'actions personnelles au sujet de dettes, de promesses, de contrats et de conventions en matière commerciale ou autrement et au sujet des torts qui doivent être compensés par des dommages-intérêts, surtout si dans les procès de quelque genre qu'ils soient, nos sujets nés-britanniques de la Grande-Bretagne, d'Irlande ou de nos autres colonies qui résident à Québec ou qui iront s'y fixer, ou qui y

11. *Ibid.*, II, p. 584, note.

auront placé des capitaux ou y posséderont des propriétés, sont demandeurs ou défendeurs dans tout procès civil de cette nature. »

C'était donner la prépondérance aux lois anglaises et la protection des tribunaux aux *sujets nés-britanniques*. Le juge en chef Hey connaissait ces dispositions édictées le 3 janvier 1775 et, comme le note mademoiselle Hilda Neatby, les marchands, conseillers ou non, ignoraient les ordres reçus par Carleton, mais connaissaient fort bien leurs besoins et leurs intérêts. Quand le conseil fut appelé à ratifier les ordonnances et à les mettre en vigueur, une bataille s'éleva au sein du conseil et se prolongea jusqu'à l'heure de l'invasion qui y mit fin, du moins temporairement <sup>12</sup>.

## II

L'invasion du Canada par les troupes de la *Révolution américaine* mit un terme aux dissensions et Carleton dut réunir autour de lui tous les hommes de bonne volonté, tous ceux qui tenaient par un lien quelconque à la Couronne britannique. Il constata alors que les marchands étaient loin de faire partie de ce groupe. C'est ainsi que le parti de Mabane, défenseur des lois françaises, protecteur des Canadiens, devint le parti politique officiel cependant que les marchands, la plupart d'origine étatsunienne, passaient du côté des envahisseurs. L'armée de Montgomery entra sans coups férir à Montréal, reçue par un groupe de marchands parmi lesquels on remarquait les noms les plus en vue de la province de Québec.

Tout en exerçant son art, le chirurgien Mabane, durant le siège de Québec, remplit plusieurs missions politiques. L'organisation et le maintien des milices lui furent confiés. C'est ainsi qu'il communiqua avec le capitaine Nairn à la Malbaie et obtint qu'un certain nombre de personnes soient gardées sous les drapeaux. A l'automne, seconde mission ; cette fois, il lui faut la remplir lui-même avec l'aide de deux autres commissaires. Il se dirige vers l'Ile d'Orléans pour recruter des volontaires. Il subit un échec. C'est du moins ce que révèle une lettre

12. A cet égard, on peut consulter les sources suivantes : SHORTT et DOUGHTY, *Doc. const.* ; HEY au chancelier, 28 août 1775 ; Archives du Canada, *Colonial Office*, 42, vol. 9. ; *Memorial of Livius*, 15 déc. 1778 ; *Smith Papers*, etc., Hilda NEATHY, *The political career of Adam Mabane*, dans *Canadian Historical Review*, 1935, vol. 16, p. 137 et suivantes.

écrite par Lecompte Dupré, seigneur d'Argentenay, à son cousin, François Baby, lettre publiée dans les *Mémoires de la Société royale* et qui nous dit en substance ceci : « Le lieutenant-gouverneur a envoyé à l'Isle d'Orléans, messieurs Mabane, juge en chef (?), Grant et Boisseau, avec instructions de réquisitionner des volontaires. Dix hommes armés les accompagnaient, mais ils furent accueillis par 250 hommes armés de bâtons. Sans la présence et les efforts de Boisseau, Mabane s'en serait fort mal tiré. »<sup>13</sup>

Mabane et ses collègues avaient désigné quelques officiers pour assurer le recrutement dans l'île, mais les émeutiers les enlevèrent avant que ces hommes aient reçu leurs instructions. Malgré cette aventure, le docteur Mabane n'en continua pas moins de revendiquer l'application des lois françaises, après l'invasion comme avant. Bien plus, le groupe qui reconnaissait Mabane comme son chef s'était trouvé, entre temps, un nouveau motif de haine contre les marchands. Le chirurgien considérait ces gens comme de véritables rebelles, des républicains ennemis de l'Angleterre. Aux yeux de Mabane et de son groupe, quiconque réclamait la mise en vigueur des lois anglaises était séditionnel.

Mais cette lutte de Mabane contre le parti mercantile ne lui rapporta guère. Au fur et à mesure qu'il avançait en âge, le nombre des marchands anglais, leur influence se décuplait et les instructions des gouverneurs, devenant mieux connues, il éprouvait de grandes difficultés à juger selon l'équité et le droit coutumier français. Sa carrière médicale s'en ressentait vivement. Ainsi, vers 1781, à peine a-t-on décidé de l'établissement d'un hôpital spécial pour la garnison de Québec, que son ami, le nouveau gouverneur, Frédérick Haldimand qui l'avait nommé chirurgien de cette institution, se voit dans l'obligation de supprimer et l'hôpital et le poste confié au docteur Mabane.

En réponse à la lettre que lui adresse Haldimand au sujet de l'abolition de son poste, Mabane écrit : « Il est bien connu que, depuis que le gouverneur Murray, en 1764, me confia un poste de fonctionnaire, j'ai abandonné toute pratique rémunératrice. A cette époque, le salaire affecté au poste de juge était de 150 livres par an, somme assez modique

13. Mrs. F. C. WARREN and Édouard Fabre SURVEYER, *From Surgeon's Mate to Chief Justice: Adams Mabane (1740-1792)*.



pour que l'on ne puisse pas attribuer à des motifs intéressés le fait que je l'aie accepté. Je dois vous dire en outre que l'abandon de ma pratique privée, pratique que je trouve incompatible avec mes fonctions de juge, constitue un sacrifice considérable puisque les émoluments que je reçois de la Couronne à cet effet sont quatre fois moindres que le montant global que me valait l'exercice de la médecine. » Or, deux ans plus tard, d'après du Calvet, Mabane recevait 1,200 livres par an. Voici comment, selon Pierre du Calvet, se répartissaient les revenus que le docteur Mabane retirait de l'État :

Chirurgien de la garnison . . . . .	200 livres
Membre du conseil législatif . . . . .	100 livres
Juge des plaidoyers communs . . . . .	500 livres
Juge de la cour des prérogatives . . . . .	300 livres
Commissaire et juge en chef suppléant . .	300 livres

Benjamin Sulte qui cite ces chiffres dans ses *Mélanges historiques* prétend que cette somme de douze cents livres équivalait à vingt mille dollars (\$20,000.). Warren et Surveyer trouvent ces chiffres *difficilement acceptables*. La commission nommée en 1778 pour remplacer le juge en chef, disent-ils, n'avait pas reçu un seul sou avant le 23 octobre 1783, soit quelques semaines avant la lettre de Pierre du Calvet. Le docteur Adam Mabane avait cessé d'être chirurgien de la garnison avant que du Calvet n'exprimât ses doléances. En outre, disent les mêmes auteurs, ce n'est qu'en 1775 que le salaire des juges des plaidoyers communs furent fixés à cinq cents livres. Auparavant, ils étaient de deux cents livres seulement.

Il est bien difficile d'établir un chiffre exact de même que de définir ce que Mabane entendait par exercice de la médecine. Ahern<sup>14</sup> prétend que, même quand il était magistrat, Mabane ne négligeait pas sa clientèle : « Ainsi en 1762, il était avec Field, assistant chirurgien de l'Hôpital militaire de Québec où Fisher le remplaça en 1783, en 1766 chirurgien de la garnison et en 1767 médecin de l'Hôpital Général. C'est dans la chapelle de cet hôpital que le 25 mai 1767 un sauvage du docteur Mabane

14. Notes pour servir à l'Histoire de la médecine dans le Bas Canada, par les docteurs M.-J. et Geo. AHERN, Québec 1923, p. 380.



fut baptisé. Le 15 septembre de la même année, un autre sauvage du docteur mourait au même hôpital. »

Il ne faut pas être étonné du dévouement que manifeste le docteur Mabane à l'égard de l'Hôpital Général. Dès son départ, le gouverneur Murray conseillait à Sa Grandeur M<sup>gr</sup> Briand de toujours s'appuyer sur le docteur Mabane, lui disant qu'il trouverait dans ce chirurgien un ami et un protecteur. « Je sais qu'il vous aime, vous, et les Canadiens », écrivait Murray <sup>15</sup>.

C'est encore Ahern qui nous apprend que Mabane fut, en 1779, un des fondateurs et des premiers directeurs du *Quebec Library Association* qui tenait ses assemblées et avait sa bibliothèque à l'évêché. C'est dire quelles relations intimes existaient entre Mabane et l'épiscopat de son temps. Néanmoins, tous les membres du clergé n'étaient pas favorables à cette bibliothèque. Le 25 avril 1777, soit quelque temps avant l'établissement de la bibliothèque, le vicaire général du diocèse de Québec, M<sup>gr</sup> Montgolfier, faisait part de ses inquiétudes à Sa Grandeur M<sup>gr</sup> Briand à peu près en ces termes : « J'ai eu l'honneur de recevoir M. Mabane qui est venu me voir trois ou quatre fois durant son séjour à Montréal : nous en sommes toujours revenus au projet de bibliothèque à Québec. Sans aucun doute, il compte sur une généreuse souscription de ma part. J'ai toujours évité de m'expliquer à ce sujet et j'ai répondu que je m'arrangerais avec M. Gravé. Je dois avouer, Monseigneur, que si je contribue à l'établissement de cette bibliothèque, ce sera bien involontairement et par pur motif de politique chrétienne. Je suis intimement persuadé que dans tous ces établissements d'imprimerie et de bibliothèques publiques, bien qu'elles comportent quelque chose de bon en soi, il y a toujours plus de mal que de bien et qu'elles font plus de torts que de bien même dans les endroits où il s'exerce une certaine surveillance pour la préservation de la foi et de la morale. » Monseigneur Montgolfier termine par les paroles suivantes : « J'espère, Monseigneur, que Votre Grandeur sera assez bonne pour me donner à cet égard des directives salutaires et prudentes. »

Quoiqu'il en soit, la bibliothèque se trouva fondée deux ans plus tard, mais les biographes de Mabane ne nous disent pas ce qu'elle est

15. *Rapport de l'Archiviste de la province de Québec*, 1929-30, p. 65.

devenue. Quant à ses relations avec le clergé et les Canadiens, elles demeurèrent cordiales jusqu'à la fin. L'Hôpital Général, en particulier, n'eut qu'à se louer de ses bons offices. Il semble qu'il y ait toujours exercé ses fonctions de chirurgien. Les religieuses de cette institution lui doivent beaucoup de gratitude. Par exemple, lorsqu'elles devinrent propriétaires du fief de Berthier, écrivent Warren et Surveyer, le général Haldimand, sur les instances de Mabane, les exempta des droits habituellement payables à la Couronne en de telles circonstances. Puis, dans les deux procès intentés par elles contre madame d'Albergati, pour faire mettre de côté la donation que leur avait faite leur chapelain, Charles Régis des Bergères de Rigaudville, le docteur Adam Mabane fut leur premier conseiller.

Charles de Rigaudville avait consacré sa vie à l'œuvre de l'Hôpital Général. Ordonné prêtre le 20 septembre 1749, « ce fut au temps des fièvres malignes qu'il commença à être connu plus particulièrement ». Il n'était pas encore aumônier à cette époque, mais, écrit l'auteur de *Monseigneur de Saint-Vallier et l'Hôpital Général de Québec*, « Il venait à son tour, comme les autres messieurs du clergé, faire le service de notre hôpital selon l'ordre établi par monseigneur de Pontbriand. La contagion ne cessa que pour faire place aux horreurs de la guerre. Un seul jour suffit, hélas ! pour remplir de blessés et de mourants notre monastère tout entier. Dans des conjonctures si critiques, il fallait à nos Mères, affirme le même auteur, quelqu'un qui sut calmer leurs justes alarmes et leur donner des conseils et des encouragements. Monseigneur de Québec pria son cher ami, M. Briand, de vouloir bien se charger de ce soin, et le nomma supérieur de notre communauté dont il était confesseur depuis trois ans. M. Briand réunit dès lors les deux attributions ; en venant résider ici, il amena avec lui M. de Rigaudville qu'il chargea de la desserte de l'hôpital. Tous deux durent habiter la même pièce tant l'espace était alors restreint. Toute sa vie, il la passa à l'Hôpital Général, refusant même une cure très rémunératrice que lui avait offerte l'abbé Briand devenu évêque de Québec aux lendemains de la conquête. Et quand il mourut, l'abbé de Rigaudville donna ses biens à l'hôpital, ses vrais héritiers étant en Europe à l'exception d'une cousine germaine dont il assura le bien-être. »

Dans son testament, de Rigaudville écrit : « La seigneurie que je possède n'était point venue à ma mère par héritage, mais par pur don de la part d'un étranger avant son mariage avec feu mon père . . . Je ne dois donc rien à mes parents du côté de mon père. D'ailleurs, il n'y en a qu'un dans le pays, et il a trois mille livres de rente ». Il lègue en outre deux mille livres à son filleul, Charles-Michel de Salaberry, son parent au sixième degré, et institue les religieuses de l'Hôpital Général ses *légataires universelles*.

« Le gouvernement n'apporta aucune entrave à l'exécution des dernières volontés de M. de Rigaudville ; loin de là, le général Haldimand accorda sans aucune difficulté *don et remise* du droit d'amortissement dû à la couronne par les nouvelles propriétaires du fief de Berthier. Il est permis de croire que la recommandation du docteur Mabane était pour quelque chose dans la facilité avec laquelle nos Mères obtenaient à cette époque les faveurs du gouvernement. » « Le docteur Mabane était juge des plaidoyers communs, membre du conseil législatif et aussi du conseil privé de Son Excellence », note la rédactrice de la monographie de l'Hôpital Général, et ami intime du gouverneur Haldimand.

Pendant quatre années, l'Hôpital Général tenta de remplir ses obligations envers madame Charlotte Aubert, veuve du marquis d'Albergati, qui, au bout de cinq mois, avait hérité de la rente payable à Madeleine de l'Estringan Saint-Martin, la cousine germaine de l'abbé de Rigaudville, mais la marquise refusa. Au bout de ce laps de temps, soit en avril 1785, par écrit, madame d'Albergati prévient la « révérend mère Thérèse de Jésus qu'elle croyait se devoir à elle-même de faire valoir ses *prétentions sur les biens de feu messire de Rigaudville son parent, et que les cours de justice en décideraient* ».

L'affaire se trouva portée devant les tribunaux. « Le docteur Mabane se montra dans cette occasion, comme toujours, un ami plein de zèle. Il sut inspirer ses sentiments à M. Gray, avocat, qu'il choisit pour défendre les intérêts des religieuses, et la cour rendit sa sentence en leur faveur le 30 juillet. Madame d'Albergati cependant ne se tint pas pour vaincue, et elle se décida à intenter une nouvelle action. En annonçant aux religieuses qu'elles allaient subir un second procès, le docteur Mabane s'empessa de les rassurer ; c'est ce que fit également

M. Gray, et tous deux leur donnèrent de précieux conseils sur la manière dont elles devaient agir dans une affaire de cette conséquence. Nos Mères, comme on peut le penser, ajoute l'auteur de *Monseigneur de Saint-Vallier et l'Hôpital Général*, attendaient de Dieu seul leur principal appui. Elles commencèrent aussitôt une neuvaine en l'honneur du saint cœur de Marie. Neuf longs mois se passèrent dans des alternatives de crainte et d'espérance. Enfin arriva le jour où le jugement devait être rendu ; c'était le trois juillet 1786. Pendant les heures de la matinée, plus ardentes que jamais furent les supplications adressées au Ciel ; chacune demandait surtout une parfaite résignation à la volonté de Dieu quelle que dût être la sentence. »

Dans les annales de la communauté, on peut lire ce passage manuscrit qui peint bien toute l'époque et la façon dont les événements s'y déroulaient : « Soudain, nous aperçumes un cabriolet qui venait avec une célérité telle qu'à chaque instant la poussière en dérobait la vue. Après quelques minutes d'attente, nous vîmes arriver M. Cugnet, un de nos avocats, nous annonçant avec joie que tout était en notre faveur... Un envoyé du docteur Mabane, qui se flattait d'être le premier porteur de la bonne nouvelle, suivit de près MM. Cugnet et Gray, et alternativement, toute l'après-midi, plusieurs amis se succédèrent pour nous féliciter de cet heureux succès. »

Le docteur Mabane n'était pas toujours d'un aussi grand secours pour ceux qui réclamaient par devant les tribunaux. Son confrère, le docteur Jacques Bowman en sut quelque chose lorsque, après avoir conduit une enquête dans toute la province au sujet du mal de la Baie, il voulut présenter ses comptes. Le conseil scruta sa réclamation et trouva que 2,500 livres sterling ou 12,500 dollars, c'était beaucoup trop pour l'examen de quelques malades. Il semble que l'épidémie ne se soit pas répandue au delà de Lachine où l'on procédait à l'examen médical de tous ceux qui s'en allaient vers l'intérieur des terres, mais à partir de Lachine, en descendant, et jusqu'aux confins de la province de Québec, sur les deux rives du Saint-Laurent, il y avait quantité de malades. Pendant tout le printemps et l'été de 1785, Bowman<sup>16</sup> parcourut la majeure partie de la province de Québec. Il semble avoir visité tous les

16. A. L. BURT, *The Old Province of Quebec*, pp. 476-477. AHERN, *ibid.*, p. 82.

centres habités. Alfred LeRoy Burt estime à cinq ou six mille le nombre des patients traités, ce qui indiquerait un plus grand nombre d'examens médicaux.

Son compte était certainement élevé, mais il comprenait, outre le temps consacré à l'enquête, la nourriture, le logement et le transport, les médicaments et tous les accessoires nécessaires à un traitement qui se donnait suivant des formules assez variées et assez onéreuses. Malheureusement, pour le docteur Bowman, le lieutenant-gouverneur Hope qui avait confié cette mission au médecin, était retourné en Angleterre à la suite de quelques frictions politiques. Les amis de Hope étaient en disgrâce et le docteur Bowman qui était l'un de ses intimes se trouvait classé dans leur catégorie. Burt estime que Mabane éprouvait aussi quelque jalousie à l'égard de Bowman et qu'il ne fut pas étranger aux difficultés que rencontra celui-ci quand il voulut se faire payer. Sur les entrefaites, Guy Carleton, devenu lord Dorchester, arriva au pays et commença par examiner la situation générale avant de régler les comptes en instance de paiement. Tout alla si bien que le docteur Bowman mourut quelques mois plus tard sans avoir rien reçu. Il y a toute une correspondance à ce sujet aux archives publiques, à Ottawa. De plus, le père du docteur Bowman vint en Canada pour se faire rembourser les frais. Ahern fait observer que le gouvernement, pour ne pas régler ce compte, alléguait « que le docteur avait exagéré le nombre des malades ; qu'il n'avait pu visiter certains endroits mentionnés dans son rapport ; que le plus souvent ses visites avaient été tellement courtes qu'il ne pouvait pas examiner suffisamment les malades, car d'après son propre témoignage il aurait fait en 1785, huit cents lieues dans quatre mois ; qu'il n'a pu en deux jours donner des consultations et distribuer des remèdes à 500 personnes dans deux paroisses éloignées l'une de l'autre de plusieurs lieues ; qu'à plusieurs endroits les curés lui avaient donné des reçus sur sa promesse d'envoyer des remèdes qu'ils n'ont jamais reçus ».

Le gouvernement offrit cent guinées pour les dépenses et deux cents pour les honoraires, ce qui, au taux de l'époque, équivalait à \$1,530. environ. Il restait une jolie marge. On voit ce que le père du docteur Bowman, après avoir traversé l'Atlantique, a pu recueillir ici.

Quoiqu'il en soit, il ne faudrait pas juger le docteur Mabane par cette seule intrusion dans un litige qui mettait l'un de ses confrères aux prises avec le gouvernement. Adam Mabane était un très honnête homme. Dès son arrivée en Canada, il devint Canadien et les intérêts permanents du pays trouvèrent en lui l'un de leurs meilleurs défenseurs. Comme on l'a constaté au début, on ignore quelles études médicales il avait faites. D'après un journal attribué à William Herve, le docteur Mabane aurait poursuivi pendant un certain temps des études médicales à l'université d'Edimbourg et ensuite, poussé par l'amour des voyages, il se serait embarqué sur un navire de l'amiral Saunders et y aurait continué l'étude de la médecine et de la chirurgie sous la direction d'un chirurgien de la marine. Il avait environ 27 ans quand il arriva à Philadelphie et se transporta à Québec. C'est dans notre ville qu'il obtint ses grades et devint chirurgien-major. Sitôt que le gouverneur lui eut confié un poste de fonctionnaire, il renonça à ses honoraires de médecin qui lui rapportaient infiniment plus, mais continua quand même de prodiguer ses soins gratuitement à ses clients et à ceux qui faisaient appel à son art. « Possédant une adresse remarquable, un vrai caractère et le cœur effervescent d'un bon Écossais, dit Burt <sup>17</sup>, il fut l'une des figures dominantes de la colonie depuis son entrée dans le fonctionnarisme en 1764 jusqu'à sa mort en janvier 1792. En vérité, durant cette période, fort peu d'individus exercèrent une influence comparable à la sienne sur l'administration publique de notre pays. »

Le docteur Mabane mourut tragiquement au cours d'une tempête de neige, alors qu'il traversait à pied ce que nous nommons aujourd'hui les *plaines d'Abraham*. Il s'y égara et « fut trouvé à peu près gelé et inconscient, et ramené chez lui où il prit une pneumonie et mourut le 3 janvier 1792 ». Concluons avec le docteur Ahern que « le docteur Mabane fut un homme probe, honnête et studieux. Vivant à une époque excessivement difficile, détesté des bureaucrates anglais dont il contre-carrait les vues égoïstes et accapareuses, et en butte, pour cela, à leurs mauvais traitements ; peu sympathique aux Canadiens français parce qu'il était anglais et représentait l'autorité du vainqueur, il sut malgré tout rester fidèle à ses principes de justice, de devoir et d'honneur. Sa

---

17. BURT, *ibidem*, p. 88 (traduction libre).

mort fut universellement regrettée, car dans les dernières années de sa vie il avait été mieux compris et s'était attiré des sympathies sincères et loyales d'hommes importants dans les deux camps adversaires ».

Ajoutons qu'il était fort cultivé tant en médecine qu'en droit et en littérature, en histoire et en science. Dans sa bibliothèque dont nous possédons un inventaire, on relève des ouvrages d'Homère, de Virgile, de Plutarque, de Shakespeare, de Voltaire, de Jean-Jacques Rousseau, de LeSage, d'Ossian, de Pope, les *Mémoires* de Sully, une anthologie de la poésie anglaise et les manuels de médecine et de droit indispensables à une bibliothèque de juge et de médecin. C'était un homme de bien, un grand honnête homme.

## II

### Pierre de Sales Laterrière

Voici un nom célèbre dans l'histoire du Canada ! Celui qui le portait, contrairement à tant d'autres, a compris qu'il importe d'édifier soi-même sa biographie si l'on veut passer à la postérité. Trop de gens oublient qu'après leur mort, les historiens écriront l'histoire avec les documents qu'ils trouveront et qu'il vaut mieux laisser une relation des événements auxquels on a été mêlé que de ne rien laisser du tout. Même si certaines circonstances de notre vie n'ont pas eu l'heur de plaire à nos contemporains et font rougir ceux qui nous suivent, il vaut toujours mieux laisser une explication de ses propres actes. D'ailleurs, la vérité est toujours moins discutée que les à peu près et la probité intellectuelle vaut bien l'autre. Pierre de Sales Laterrière a joué un rôle éminent dans la vie politique et sociale de notre pays. Il se devait de laisser des *Mémoires* et il l'a fait. Grâce à ses récits, nous savons une foule de choses qui expliquent quantité d'événements demeurés obscurs jusqu'en 1873, date de la publication de son petit livre, par l'excellent écrivain Alfred Garneau.

Né le 23 septembre 1747, à Bonneval, diocèse d'Albi, en France, Pierre de Sales Laterrière, comme il le dit lui-même, était le fils de Jean-Pierre de Sales, seigneur de Sales, et de Marie Delergues. Pierre de Sales Laterrière prétend que la famille de saint François de Sales n'était pas étrangère à la sienne. Après des études de mathématiques à La-



Rochelle, Pierre de Sales Laterrière se rendit à Paris où sa famille, apparemment, possédait des relations influentes, en particulier la comtesse de Grammont. Destiné à la marine, il lui avoua dès la première rencontre que la mer ne l'intéressait point. Ce qu'il connaissait de la vie de marin ne lui plaisait guère. « Les navires marchands que je voyais entrer fort souvent délabrés, dans le port (La Rochelle), les tristes récits des officiers et des équipages, les vœux qu'ils venaient offrir en action de grâces au Très-Haut dans les églises pour avoir échappé au naufrage et, surtout, un équipage qui avait manqué de vivres et qui débarqua avec un quartier de chair humaine qu'il avait eu de reste, pour l'enterrer et en même temps rendre grâce au ciel, me firent faire de si fortes réflexions, ajoute Pierre de Sales, que je me dégoûtai de cette profession. J'en informai mes parents et immédiatement je fus appelé à Paris. »

On conçoit, en effet, que c'était là suffisant pour détourner de la marine un homme de bonne éducation et de mœurs saines. Il termina son cours classique le premier juin 1764. Peu après, il était à Paris et visitait cette ville dont il rêvait depuis sa plus tendre enfance. Mais tous ces déplacements lui avaient causé quelque fatigue et sa famille décida de l'envoyer se reposer en Bourgogne. Ce premier contact avec un médecin — celui qui l'examina — l'inclina vers l'art d'Esculape. Pierre de Sales se rendit à Joigny-le-Roi où il rencontra un second médecin du nom d'Hyver, passa deux jours chez ce praticien et se rendit ensuite chez le marquis de la Mothe, seigneur du Buisson-Souef, qui habitait un château situé à une lieue et demie de Joigny-le-Roi. C'est là que Pierre de Sales rencontra un certain Saint-Germain, *canadien de nation*, dit-il. Après quatre ou cinq semaines de séjour en Bourgogne, Pierre de Sales apprit qu'il devait bientôt s'embarquer sur un navire en partance pour les Indes. Il y était résigné, mais le destin avait disposé autrement de sa vie, car bientôt on apprit que ce navire était *condamné comme pourri*. Par conséquent, son départ était remis. « Le dégoût me reprit encore pour la mer, écrit Pierre de Sales, et je visai à un autre état plus conforme à mon penchant. »

C'est alors qu'il revint chez la comtesse de Grammont et qu'il décida de sa carrière dans un dialogue que l'on retrouve dans ses *Mémoires*



et qu'il convient, ce me semble, de rapporter dans son entier. Madame de Grammont ne l'attendait pas si tôt :

« — Voilà, dit la comtesse, mon rêve accompli, et je devais te voir aujourd'hui. Que vas-tu faire? Le *Brisson* (c'était, on le devine, le fameux navire sur lequel Pierre de Sales devait s'embarquer pour les Indes) est pourri et condamné, et le tems (*sic*) de la mousson empêche qu'il n'y en ait d'autres d'expédiés de sitôt. Il faut pourtant t'occuper ; je vais t'obtenir une place à l'école militaire, à moins que ce ne soit pas là ton goût ?

« — Je me sentirois de l'inclination pour la médecine et l'histoire de la nature, répondit le jeune Pierre de Sales Laterrière.

« — Eh bien, dit la comtesse de Grammont, si c'est là ton penchant, il est fort aisé de te placer chez le médecin de la reine M. de la Rochambaux<sup>1</sup>. Un médecin expert est aussi utile à l'État que le meilleur général d'armée, ajoute la comtesse. »

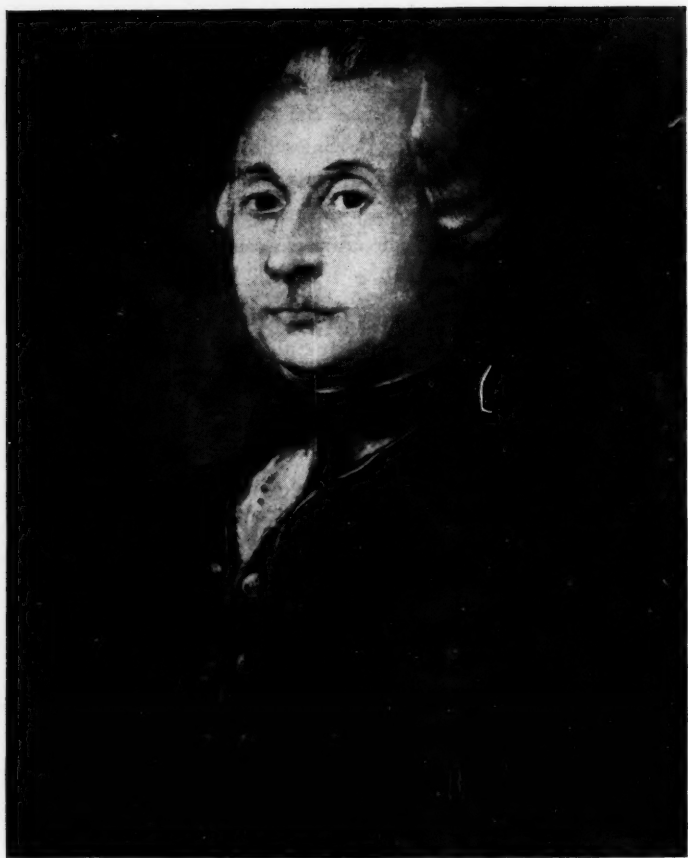
Et après un arrêt de quelques instants où elle sembla se livrer à ses pensées, elle continua en ces termes :

« — Sois constant dans cette profession, c'est celle qui est appelée *l'ami des dames*. Je ne doute nullement que tu ne t'y distingues. Va en informer ton oncle, et je vais t'assurer cette place avant peu de jours. Demain, je verrai le médecin. »

L'oncle de Pierre de Sales reconnut immédiatement qu'il valait mieux que son jeune neveu suive son penchant et se consacrât à la profession qu'il préférerait. Toutefois, lui dit-il, nous allons demander à votre père s'il vous autorise à entrer dans cette carrière.

C'était en effet plus prudent car Jean-Pierre de Sales, le père de notre héros, semblait jusqu'alors bien décidé à faire de son second fils un marin de même qu'il avait fait du premier un militaire. Il faut croire que l'oncle avait su présenter avec tous les égards requis la demande du neveu, car Pierre de Sales rapporte que son père laissa à ses protecteurs le soin de statuer sur son sort : « Mon père, écrit-il, laissoit au choix de mes protec-

1. Rochambaux s'écrit *Rochambeau*, selon Alfred Garneau. Les conversations sont reproduites au texte.



PIERRE DE SALES LATERRIÈRE,  
médecin, en costume de l'époque, 1790,  
d'après François Baillairgé.

*(Reproduction autorisée par le directeur de l'Inventaire  
des œuvres d'art.)*

teurs de me faire entrer dans la carrière que je préférerois (sic), comme le seul moyen de faire de moi un homme de conséquence. »

La comtesse de Grammont, apparemment, n'avait pas attendu cette autorisation puisque, déjà, le jeune homme était inscrit chez le docteur Rochambeau. « Déjà, spécifie Pierre de Sales, notre cousine m'avait placé et avait obtenu de M. de la Rochambaux que j'irois chez lui par brevet, à quoi mon oncle consentit, sans autre réserve que d'assister au théâtre de Saint-Côme et aux pansemens importants à l'Hôtel-Dieu. J'entrai chez M. de Rochambaux le 20 août 1766<sup>2</sup>. »

S'il faut en croire les *Mémoires*, ce médecin de la reine avait alors 80 ans ; il était « fort libéralement instruit, surtout dans sa profession, mais grand partisan du système des urines ». Grâce à ses puissantes influences, Pierre de Sales fut traité comme un enfant de la maison et le docteur de Rochambeau lui ouvrit sa maison et sa bibliothèque. Pendant dix-huit mois qu'il passa auprès de ce médecin, l'apprenti-médecin le suivit partout, visitant ses malades et rédigeant ses ordonnances. « Ses visites réglées, écrit Pierre de Sales, se faisoient tous les jours à dix heures, et les extraordinaires en tous tems, à pied ou en carosse. Les lectures et les démonstrations à Saint-Côme avoient leurs saisons. Depuis onze heures jusqu'à une heure avoient lieu à l'Hôtel-Dieu la visite et le pansement des malades ; tous les étudiants (sic) y assistoient suivant leurs grades, et les privilégiés y étoient admis à porter le tablier pour opérer. »

Sur recommandation de la comtesse de Grammont, Pierre de Sales avait également obtenu cette autorisation, ce qui lui valut un regain de considération dans ce milieu susceptible et souvent vaniteux. C'est là aussi que Pierre de Sales fit la connaissance d'un jeune Anglais dont l'influence devait avoir une certaine répercussion sur sa carrière.

Dans cette partie de ses *Mémoires*, Pierre de Sales ne se ménage pas les compliments, mais il le fait avec une telle plausibilité que l'on est tenté de le croire sur parole. A le lire, il semble qu'il ait alors commencé de remplacer le docteur Rochambeau en maintes circonstances. « Sur mon rapport ou l'examen d'une fiole d'urine du malade, ce sage médecin

---

2. Selon Alfred Garneau, Rochambaux s'écrit *Rochambeau*. Dans les citations, l'auteur de ce résumé conserve l'épellation du texte établi par Garneau.

faisoit son ordonnance, et il réussissoit toujours, bien qu'aujourd'hui<sup>3</sup> on n'ait plus confiance dans ce système que les contemporains regardent comme pure charlatanerie. Je me rappelle, continue Pierre de Sales, qu'il lui venoit des fioles d'urine en poste de toutes les parties de l'empire françois et des autres États, surtout d'Espagne et d'Italie. L'homme, dit-il encore, étoit en si grande renommée à Paris, que l'on n'y auroit pas fait une consultation sans lui, et il y alloit avec une gravité telle qu'elle surprenoit toujours ses confrères. »

Toutefois, il semble que ce grand médecin partageait les idées de son temps touchant l'efficacité de la médecine et des médicaments. Pierre de Sales rapporte, en effet, une conversation amusante qu'il aurait eu avec Rochambeau en passant un jour devant le cimetière Saint-Honoré, à Paris. La voici :

— Courons vite, s'écrie Rochambeau, et passons ce lieu, où reposent tous ceux que moi et bien d'autres nous avons tués . . .

Effectivement, Rochambeau aurait entraîné à la course Pierre de Sales. Quelques médecins qui étaient dans les environs, on se demande pourquoi? auraient alors demandé à Rochambeau et à son compagnon quelle mouche les piquait? Rochambeau aurait répondu textuellement ceci :

— Hélas ! mes chers confrères, je pensais que si ceux que nous avons tués, vous et moi, et qui reposent dans ce cimetière, alloient se lever avec chacun une canne, ils nous f . . . une fièvre dégelée, et cette pensée me fait trembler ! . . .

Rochambeau et Pierre de Sales étaient sans doute des pince-sans-rire. Le groupe de médecins se rendaient chez une certaine comtesse Saint-Jean, habitant au faubourg Saint-Germain. « Ils allaient consulter », ajoute Pierre de Sales qui avait sans doute lu Molière.

Après le récit de cet incident, Pierre de Sales répète les compliments que, selon son affirmation, le docteur Rochambeau a fait de ses connaissances médicales et de ses progrès dans ses études, puis il raconte l'histoire

3. D'après Alfred Garneau, le texte des *Mémoires* a été rédigé en 1812.

d'une transfusion de sang, la première et la dernière, dit-il. Par permission spéciale du parlement de Paris, les médecins devaient opérer sur un criminel et lui infuser du sang de veau, on imagine avec quel succès. L'expérience, dit-il, commença à onze heures. Une heure plus tard, soit à midi, « arriva un ordre du roi défendant au médecin Denis de la jamais répéter, ni lui ni d'autres, dans ses états sous peine de mort, et lui ordonnant absolument de sortir du royaume dans les 24 heures. Ainsi, conclut Pierre de Sales, le même jour vit la naissance et la mort sans résurrection de cette infâme transfusion, qui devoit suivant les fous et des spéculateurs en délire, éterniser la vie humaine ! . . . ».

Voici comment on avait fait la transfusion toujours selon Pierre de Sales : « A mesure qu'on ôtoit du sang artériel et que M. Denis (qui étoit à la tête des *transfusionistes* de la Faculté), insinuoit (*sic*) à la place du sang de veau, la victime baissoit et le sang étranger se coaguloit dans ses veines. Ce pauvre malheureux périt, comme chacun l'avoit prévu. »

Les spécialistes de la transfusion du sang et les profanes que les conceptions d'un autre âge intéressent liront avec curiosité, sans doute, les réflexions qu'ajoute à ce sujet l'auteur des *Mémoires* : « . . . aucune opération ne m'avoit tant répugné à cet hôpital que la transfusion, où je voyois pas de sens commun. Comment le sang humain et le sang animal, d'une hétérogénéité certaine et bien connue, pourroient-ils se trouver homogénisés dans les veines sans avoir subi la transformation ordinaire de la sanguification par tous ces couloirs jusqu'au cœur ? . . . » Voilà comment s'exprimait en 1812 un homme qui avait fait ses études vers 1764.

Pierre de Sales raconte ensuite comment on s'y prit pour faire mourir un homme de peur. « Un certain génie de l'Académie, écrit-il, voulut prouver que l'imagination peut jouer un rôle aussi efficace que les faits eux-mêmes, il obtint du roi la permission de faire une expérience probante sur la personne d'un condamné à mort. L'assassin devait avoir la vie sauve s'il sortait victorieux de l'expérience. En conséquence, on plaça ce cobaye nouveau genre « sur une bergère, les yeux bandés, et l'autre (assassin sans doute?) lui dit d'une voix de bourreau que sa sentence porte qu'il doit mourir par perte de tout son sang aux quatre veines. Huit satellites de l'art médical sont occupés, quatre à faire semblant de lui piquer et ouvrir les veines tout d'un tems, et les quatre

autres à verser de l'eau chaude sur les prétendues ouvertures, d'où elle coule dans les poelettes, jusqu'à suffisante exécution. »

Vingt-cinq minutes, paraît-il, suffirent pour tuer cet homme que la seule pensée de l'écoulement de son sang extermina. C'est en vain que l'on tenta ensuite de le ranimer selon les méthodes alors en usage pour ramener les noyés à la vie. Il resta bel et bien mort. Évidemment, le roi, de nouveau, défendit pareilles expériences.

Pendant ce temps, les dix-huit mois s'étaient écoulés et le docteur Rochambeau, exténué par l'âge, passa de vie à trépas, ayant trop largement bénéficié des soins des médecins, ses confrères, et des apothicaires, ajoute Pierre de Sales. Rochambeau légua sa bibliothèque à Pierre de Sales et déclara à ses confrères assemblés autour de son lit de mort et attendant de lui quelque révélation touchant la médecine : « . . . apprenez de moi que ce que je suis seulement et bien réellement parvenu à savoir et connaître, c'est que je savais rien ! . . . »

Malheureusement pour lui, l'héritier de Rochambeau était un amiral qui, de toute évidence, ne tenait pas à reconnaître les dettes de son oncle. Il s'empara de la bibliothèque et de tout ce que contenait la maison du docteur Rochambeau si bien que ses apprentis médecins y perdirent leur avoir et que les domestiques ne parvinrent même pas à se faire payer leurs gages.

Ainsi, sans avoir terminé ses études de médecine, Pierre de Sales Laterrière se trouva seul dans la vie. La comtesse de Grammont et ses autres protecteurs ne semblent pas avoir fait d'autres efforts pour lui trouver une nouvelle situation et il dut accepter d'aller en Angleterre avec l'ami dont nous avons parlé plus haut, ami qui portait le nom de Laython. C'est d'ailleurs sans trop d'inquiétudes qu'il traversa la Manche et vint s'installer à Londres où, croyait-il, il apprendrait plus facilement de nouvelles choses.

Pierre de Sales semble avoir particulièrement apprécié la vie à Londres. C'est là qu'il aurait pris l'idée de venir en Canada. Dans ses lettres à ses parents, il parlait de sa joie de voir à Londres « des canadiens et des sauvages et du désir qu'ils (lui) donnoient par leurs récits de faire un voyage à leur pays avant de retourner en France ». On se demande si de telles phrases n'ont pas été écrites après coup. « Quelques semaines

après, écrit encore Pierre de Sales, mon oncle De Rustan m'écrivit qu'il avoit communiqué à notre cousine mon dessein, et qu'elle l'avoit fort approuvé, que mon père en étoit aussi satisfait, et que quant à lui, il l'étoit doublement par la raison que son épouse, ma tante de Rustan, étoit encore au Canada, que j'eusse à me préparer et que dans peu de jours il m'enverroit ses lettres à son épouse et des lettres à tous ses amis du Canada, particulièrement à M. Alexandre Dumas, négociant à Québec, avec qui il étoit en liaison d'affaires touchant le papier du Canada. »

En conséquence, Pierre de Sales, moyennant 25 guinées anglaises, s'embarqua à bord d'un vaisseau, le *London*, qui appareillait à destination de Québec. A bord de ce navire, il fit la connaissance d'Hector-Théophile Cramahé, qui devait être administrateur du Canada en 1770 pendant l'absence du gouverneur Guy Carleton. Dans ses *Mémoires*, Pierre de Sales Laterrière qualifie immédiatement Cramaché de lieutenant-gouverneur, ce qui n'est pas exact pour le moment où il se trouve. Plus de quarante voyageurs avaient pris place à bord du *London*. Quant à Laython, il avait voulu lui aussi s'embarquer à destination de Québec, mais la famille Laython n'avait pas consenti et il allait devenir médecin-chirurgien sur un navire de guerre, faisant voile vers les Indes. Pierre de Sales prétend que le général Richard Montgomery, le futur commandant des troupes d'invasion en 1775, se trouvait à bord du *London*.

Pierre de Sales Laterrière débarqua à Québec le 5 septembre 1766. C'est du moins ce qu'affirme Alfred Garneau en se basant sur une nouvelle parue dans la *Gazette de Québec* du 8 septembre 1766. Pierre de Sales donne le 7 septembre comme date. Il se rendit immédiatement chez le négociant Alexandre Dumas où il fut accueilli à bras ouverts, des lettres d'Europe ayant annoncé son arrivée prochaine à ces bonnes gens. Comme la majorité des Européens, Pierre de Sales était prévenu contre les Canadiens qu'il croyait être comme les Indiens, c'est-à-dire « créoles, laids, affreux ». La beauté des Canadiennes<sup>4</sup> le ravit et, dans ses

4. « Il faut avouer que le sexe canadien est beau, et qu'en général, recevant plus de connaissances par le moyen des écoles et communautés que les hommes, et par une disposition naturelle, il surpasse de beaucoup l'espèce masculine en finesse, en douceur et en grâces. Peu exigeantes, elles ne se prévalent point de cette supériorité, ce qui leur attache les hommes à ce point que même les étrangers sont forcés de les mériter. En général, les femmes du Canada sont très-économes et de tendres et fidèles épouses. Il est bien difficile à quiconque passera ici quelque année, d'éviter d'y faire alliance. Les Anglois ont senti cet ascendant après leur conquête ; beaucoup d'entre eux s'y sont



*Mémoires*, il en profite pour s'exclamer : « ... ô voyageurs, que les choses vous apparaissent souvent tout autres, lorsque votre ignorance est effacée par des connaissances sûres et vraies ! ... »

Dès le lendemain de son arrivée en terre canadienne, son hôte, Alexandre Dumas, demanda à Pierre de Sales ce qu'il entendait faire pour gagner sa vie :

— Il paraît par ce que votre oncle me marque, que vous avez d'abord étudié les mathématiques à La Rochelle, où, moi-même, j'ai fait apprentissage de commerce, et à Paris la médecine ; mais vous êtes bien jeune pour pratiquer dans ce pays une telle profession <sup>5</sup>.

Négociant lui-même, Alexandre Dumas veut engager Pierre de Sales à se consacrer au commerce :

— N'auriez-vous pas quelque goût pour le commerce, plus profitable dans ce pays commerçant, lui fait-il observer ?

— Je ne suis venu dans cette partie de l'Amérique, lui répond, Pierre de Sales, que pour y voyager. Cependant si j'y prends goût pour vouloir m'y fixer, il faudra bien m'adonner à quelque chose.

— Eh bien ! ajoute Dumas, après que vous connoîtrez ces lieux vous pourrez vous décider, et quand vous étudieriez le commerce, cela ne vous empêchera pas de vous mêler de médecine.

— Lorsque j'aurai vu ma tante de Montréal, réplique Pierre de Sales, je vous répondrai ; j'aurai peut-être alors changé d'idée ; pour le présent j'aime bien la médecine.

— Très bien, conclut Dumas, voyez vos amis, je vous introduirai ces jours-ci dans les meilleures maisons. En attendant, remettez toutes vos lettres de recommandation, et amusez-vous.

Pierre de Sales ne devait pas attendre longtemps pour commencer d'exercer la médecine. Quelques jours plus tard, à la Pointe de Lévis, il aperçut un camp d'Indiens. Ces derniers, lorsqu'ils apprirent que

---

mariés, et à présent le nombre en est terriblement augmenté. » (*Mémoires*, pp. 52-53) A propos des Iroquoises, il écrit ceci : Les Iroquoises « ne le cèdent pas en beauté aux Canadiennes ; toutes brunettes, teint espagnol ou portugais, les yeux et les cheveux noirs ; elles aiment fort les étrangers. »

<sup>5</sup>. Les paroles prononcées par les personnages sont textuellement copiées dans les *Mémoires* de Pierre de Sales Laterrière.



Pierre de Sales connaissait la médecine, le prièrent de procéder à quelques accouchements. C'était une nouvelle expérience pour lui. Heureusement, il avait apporté sa trousse d'Europe et put leur être d'une grande utilité. « Chaque année, écrit le mémorialiste, toutes les nations voisines de la capitale (Québec) viennent recevoir des présents du roi... Les présents reçus, chacun retourne vers les siens, content de bagatelles<sup>6</sup>. Il arrive presque tous les ans qu'une pareille rencontre produit beaucoup de mariages entre les différentes tribus. J'y ai été accoucher beaucoup de sauvagesses, leur décence surpasse tout ce que l'on peut imaginer. Ces malades sont séparées du reste jusqu'à parfaite guérison ; celui qui voudrait faire insulte à ces femmes ainsi retirées, ou même les visiter, serait rigoureusement puni. »

Peu de temps après, Pierre de Sales se rend à Montréal où il travaille chez un commerçant qui l'épuise et lui fait perdre le peu de goût qu'il pouvait avoir pour les affaires. « Paris du Canada », écrit-il, « Montréal est fort riche en raison de son commerce et de la traite avec les Sauvages. Les pays d'en-haut, à la distance de six à huit cents lieues, y apportent leurs pelleteries, qui y sont embarquées pour Londres et de là répandues par tout l'univers. »<sup>7</sup>

Toutefois, Pierre de Sales ne se laisse pas endormir dans les délices de cette nouvelle Capoue. Il songe toujours à la médecine. Pendant son séjour à Québec, il a fait la connaissance d'un médecin canadien réputé, le docteur Philippe Badelart, chirurgien, aide-major des armées du roi sous le régime français et l'un des confidents d'Haldimand sous le régime anglais. Badelart, qui aimait bien son art, poussait Pierre de Sales à exercer la médecine.

6. ... « drap, couvertes, rassades, fusils, etc. » Cf. *Mémoires*, p. 55.

7. Voici ce que Pierre de Sales, dans ses *Mémoires*, p. 61-62, dit de Montréal : « Jamais je n'ai connu nation aimant plus à danser que les Canadiens ; ils ont encore les contre-danses françaises et les menuets, qu'ils entre-mêlent de danses angloises. Les nuits, durant l'hiver, qui dure 8 mois, se passent en fricots, soupers, dîners et bals. Les dames y jouent beaucoup aux cartes avant et après les danses. Tous les jeux se jouent, mais le favori est un jeu anglois appelé *wisk*. Le jeu de billard est fort à la mode, et plusieurs s'y ruinent. Je l'aimois bien, mais je n'y jouois jamais à l'argent, par prudence. Dans toutes les sociétés, en mon nouveau petit Paris américain, il falloit commencer par là (par le jeu) ; c'est ce que les dames appeloient le bon ton. Le sexe y est très-beau, poli et fort insinuant. Ma jeunesse et les manières européennes du dernier goût dont j'étois entièrement pétri, me faisoient désirer partout ; et si j'avois pu résister à la fatigue de tous ces plaisirs, si ma nouvelle occupation ne m'en avoit pas empêché, j'aurois été dans les fêtes les jours et les nuits ! »

De retour à Québec, Pierre de Sales s'installa de nouveau chez le négociant Dumas qui lui confia le soin de tenir ses livres. C'était un commerçant important dont les multiples transactions nécessitaient l'emploi d'un bon comptable dans cette maison dont les relations s'étendaient à toute la colonie et se poursuivaient jusqu'en Europe. Heureusement, Pierre de Sales avait fait d'excellentes études de mathématiques à La Rochelle en même temps que son cours d'art nautique. C'étaient là des connaissances fort utiles dans la colonie canadienne.

Cet Alexandre Dumas dont parle fréquemment, dans ses *Mémoires*, Pierre de Sales Laterrière, mérite mieux qu'une mention. Joseph-Edmond Roy, dans son *Histoire du notariat au Canada*, en trace le portrait suivant : « Originaire de Nègrepelisse, petite ville du Languedoc, qui forme maintenant partie du département de Tarn et Garonne, en France, où il était né vers 1728, Alexandre Dumas était venu s'établir au Canada vers 1755. Il s'était d'abord occupé de commerce à La Rochelle et il continua à Québec en même temps qu'il ouvrait un magasin à Montréal. Comme il était de la religion huguenote, il fut bien vu des conquérants et fit d'assez bonnes affaires à l'origine. »

C'était un homme probe et consciencieux comme en témoigne les deux avertissements suivants parus dans la *Gazette de Québec*, le premier en 1764 et le second en 1765 :

« Alexandre Dumas prévient le public de son départ de cette ville pour l'Europe, au plus tard dans la quinzaine après ce jour, et qu'il laissera la gestion de ses affaires et sa procuration à Mons. Rustau actuellement chez lui, auquel tant les débiteurs que créanciers du dit Dumas pourront s'adresser : Et comme le dit sieur Dumas souhaite, avant son départ, ne laisser aucune de ses affaires en litige, il prie ceux qui sont en relations d'affaires avec lui de vouloir bien les régler dans l'espace de la dite quinzaine. »<sup>8</sup>

C'était prévenir en temps ceux qui pouvaient avoir quelque réclamation à lui faire. D'ailleurs, les réclamations, il ne les fuyait point, mais semble les avoir recherchées comme le démontre l'entrefilet suivant :

---

8. *Gazette de Québec*, 29 novembre 1764.

« Si quelqu'un de mes créanciers a quelque doute que le bien qu'il m'a confié ne soit pas en sûreté je le prie pour sa tranquillité venir prendre connaissance de mes affaires et ils obligeront leur serviteur. » (A. DUMAS.)<sup>9</sup>

On voit que les hommes d'affaires de cette époque plaçaient très haut le crédit et la confiance dont ils jouissaient auprès de leurs concitoyens. Alexandre Dumas était intimement mêlé à toute l'activité économique du Canada et Pierre de Sales Laterrière ne pouvait avoir meilleur ami, ni meilleur conseiller. Membre de la Société des forges du Saint-Maurice, dont il devint l'unique propriétaire en 1778, il avait habité Trois-Rivières pendant quelque temps et revint à Québec lorsqu'il embrassa le notariat, soit vers 1778. Plus tard, il devait renoncer au notariat et se lancer dans la pratique du droit.

Cette haute influence d'Alexandre Dumas sur la vie économique de Québec et de Trois-Rivières s'exerça à maintes reprises en faveur du jeune Pierre de Sales Laterrière, mais ce dernier aimait sincèrement la médecine et il fut toujours attiré par Esculape. « Ainsi flottant d'une profession à l'autre, et quoique sans appointemens, je restai trois ans avec lui (Dumas). Il étoit, ainsi que toute sa famille, si aimable, que je pouvois pas me résoudre à le quitter, parce que j'étois, dans toute la force du terme, regardé comme son fils. »<sup>10</sup>

Au moment où Pierre de Sales Laterrière allait céder aux objurgations d'Alexandre Dumas, celui-ci dut faire cession de ses biens et renoncer lui-même au commerce. C'est alors qu'il se fit notaire cependant que Pierre de Sales décidait de s'engager définitivement dans la pratique de la médecine. Quelque temps auparavant, il avait fait la connaissance d'un autre médecin, le docteur Jean-Bernard Dubergès qui, pour lors, exerçait son art à Montmagny. Dubergès avait fait ses études médicales à Montpellier. Il exerça la médecine à Saint-Pierre, île d'Orléans, ensuite à Saint-Thomas de Montmagny et, finalement, à Québec où il mourut en 1792. Il était né en 1722 à Caillaut, en Gascogne. Laterrière exerça la médecine pendant deux ans avec Dubergès. Le Canada traversait une

9. *Gazette de Québec*, 18 juillet 1765.

10. *Mémoires*, p. 62.

époque difficile : « La confiance indispensable entre les conquis et les conquérants avait bien de la peine à s'établir. Soit préjugé ou non, la distance que chacun paroïsoit mettre de son côté étoit si grande, que ce ne seroit pas de sitôt que ces deux peuples ne feroient qu'un. Les places n'étoient données qu'à des Anglois de naissance, les Canadiens n'avoient pas besoin d'y penser, ce qui ne pouvoit que les rendre indifférens. » <sup>11</sup>

La médecine ne rapportait guère non plus. C'était tout de même un avantage pour un homme de la trempe de Pierre de Sales que de pouvoir travailler sous les directives d'un médecin instruit et habile comme Jean-Bernard Dubergès. Au bout de deux ans, cependant, Pierre de Sales, qui s'ennuyait à la campagne, décida de revenir dans un centre urbain. Il faut dire que Dumas, dont les affaires depuis qu'il pratiquait le notariat, s'étaient rétablies l'invitait de nouveau à participer à ses entreprises dont la plus importante à cette époque était devenue la Société des forges du Saint-Maurice.

Le nouveau poste que lui offrait Alexandre Dumas était considérable. Il lui offrait plus de trois cents louis par année. Enfin, Pierre de Sales se décida à quitter Saint-Thomas de Montmagny, non sans regrets d'ailleurs, car une solide amitié le liait véritablement à Dubergès <sup>12</sup>.

Pendant quelque temps, les affaires allaient éloigner Pierre de Sales de la médecine que ses activités commerciales occupaient de plus en plus. Il vint un temps où sa « pratique comme tel se réduisit au traitement des jeunes gens attaqués de la syphilis ». Il ne reprit véritablement l'exercice de sa profession qu'une fois établi à Trois-Rivières. Le 25 février 1775 — c'est du moins la date qu'il donne lui-même et Alfred Garneau n'y contredit pas — Pierre de Sales se transportait à Trois-Rivières et assumait le poste d'inspecteur. Il s'était fait octroyer l'autorisation d'exercer la médecine en même temps « pour assister les travailleurs des ateliers et même les amis du voisinage qui voudroient m'employer. » L'invasion des *Bostonnais* allait, une fois encore, changer le

11. *Mémoires*, p. 63.

12. « Je dois dire que je ne me séparai pas de Dubergès en mauvais termes ; au contraire, il voyait bien la nécessité de mon départ, et s'il m'avoit associé à ses intérêts, c'avoit été plutôt pour m'obliger qu'autrement. Aussi fûmes-nous toujours amis intimes jusqu'à sa mort. Il étoit d'un caractère bon, honnête, doux et fort obligeant — et par-dessus tout homme d'éducation, ayant été gradué à Montpellier. S'il se fût établi en ville, ses talents y auroient fait du chemin ; mais l'homme étoit philosophe épicurien, et préféra ses plaisirs à toute ambition. »

cours de sa carrière, de même que son aventure avec Catherine Delzène, femme Pélissier.

Toutefois, il faut croire que cette carrière apparemment brillante n'était pas aussi rémunératrice qu'elle le paraissait, car lorsque Pierre de Sales eut l'idée de se marier avec Angélique Duhamel, le notaire Dumas lui répondit qu'il risquerait la misère et que les affaires et la médecine ne suffiraient point à le faire vivre convenablement lui et sa femme.

La prédiction de Dumas se réalisa d'une toute autre façon. Pierre de Sales jeta bientôt son dévolu sur une autre jeune fille, Catherine Delzène. Or les Delzène avaient contracté certaines dettes envers le maître des forges du Saint-Maurice, Pélissier, qui leur demanda la main de cette jeune fille. Les Delzène n'osèrent refuser. On célébra le mariage dans un petit village éloigné malgré le refus énergique de la jeune fille. Ce mariage attira toutes sortes de tracasseries à Pierre de Sales. Vers le même temps survint la guerre de l'Indépendance américaine. Les troupes du général Montgomery envahirent le pays et vinrent assiéger Québec, la capitale. Pélissier, qui était l'employeur de Pierre de Sales, se rangea du côté des *Bostonnais* et Pierre de Sales qui, selon son propre témoignage, était resté à l'écart de ces querelles, fut quand même arrêté et alla passer trois ou quatre ans en prison. Il faut lire ses *Mémoires* pour se rendre compte de l'affection qu'il portait alors au gouverneur Haldimand, l'auteur de sa détention. Jamais, Pierre de Sales ne put subir son procès. Finalement, il profita d'une journée où Haldimand était mieux disposé et obtint l'autorisation de quitter le pays. Il se rendit alors à Terre-Neuve.

Au Havre-de-Grâce où il s'installa, il rencontra deux médecins, un Italien, Férys, et un Français du nom de LeBreton. Il semble assez difficile de retrouver la biographie de ces deux personnages. Dans ses *Notes*, Ahern les mentionne tous deux, mais les renseignements qu'il fournit sont tirés des *Mémoires* de Pierre de Sales Laterrière. Aucun recoupement ne nous permet de savoir d'où ils venaient ni quelle instruction ils possédaient. Apparemment, c'étaient deux réfugiés qui avaient enlevé deux jeunes filles, une Française mariée à LeBreton, et une Espagnole unie à Férys.

Le médecin français élevait une nombreuse famille. Le chirurgien italien menait grande vie dans une villa, *la Carbonnière*, sise à quelque distance de Havre-de-Grâce. « Sans être meilleur praticien que Le Breton, il avait plus de pratique et, ayant par conséquent plus de revenus, faisait plus de dépenses. »<sup>13</sup>

Pendant son séjour à Terre-Neuve, Pierre de Sales visita la capitale de l'île, la jolie ville de Saint-Jean, et y fut reçu comme un héros, à ce qu'il prétend. Du point de vue médical, un seul incident de ce voyage mérite d'être rapporté, c'est celui qui se déroula en plein océan lorsque, en revenant vers le Havre-de-Grâce, à bord d'une goélette, la tempête « repoussa plus de cent lieues en pleine mer, quelques manœuvres que nous fissions pour nous rapprocher de terre »<sup>14</sup>. Les connaissances médicales que possédait Pierre de Sales Laterrière lui permirent, indirectement il est vrai, de sauver la vie à l'un de ses compagnons de voyage que l'on se proposait de dévorer. Voici comment il raconte cette intervention *extra chirurgicale* : « La septième et la huitième journées, nous nous trouvâmes réduits à manger nos souliers et nos bottes et à boire notre urine, parce que le vin, le rhum et la morue salée qui étoient à bord rendoient tous les passagers fort malades. Notre situation était critique. J'avais beau, en qualité de médecin, leur recommander de ne pas perdre une goutte de leur urine, ils ne me crurent point, à l'exception de Thomy et d'un matelot nommé John, qui, nous voyant faire, suivit notre exemple. Par cet heureux moyen, quoique très-affaiblis nous nous soutenions encore, tandis que nos compagnons étaient étendus à fond de cale et à demi-morts. Nous étions en ce triste état, lorsque tout à coup John prit la parole :

— Je vois bien, dit-il, qu'il nous faut tous mourir : le vent ne change pas et nous sommes bien loin de terre ! Il ne nous reste plus qu'un moyen de prolonger nos jours

— Quel est-il, demande Thomy ?

— Tous nos gens sont presque morts, répondit John ; il y a parmi eux un boulanger qui est vieux et fort gras. Plutôt que de mourir de

13. *Mémoires*, p. 126.

14. *Ibid.*, p. 130.

faim, si nous l'achevions? . . . Avec des morceaux du doublage du bâtiment, nous ferons du feu et en ferons cuire !

Quoique cette idée nous parut affreuse, écrit Pierre de Sales<sup>15</sup>, nous ne dîmes pas grand'chose : nous le calmâmes cependant en lui disant :

— Patiente jusqu'à minuit ou demain matin. Hélas ! si Dieu ne nous envoie pas d'autre vent, nous y consentirons.

. . . Avec bien de la peine, conclut le Mémorialiste, ils nous écouta, tant la faim le dévorait. Ventre enragé n'a point d'oreilles. John étoit un Irlandais catholique, et notre divine religion toucha son cœur ; il pria Dieu comme nous de changer le tems, et le Tout-Puissant eut pitié de nous. »

Un peu avant l'aube le lendemain, le vent changeait et la goélette reprenait la route du Hâvre-de-Grâce. Toutefois, la goélette avait terriblement dérivée et c'est à la baie de Trinité que les naufragés accostèrent. Heureusement, un marchand du nom de Walker les y reçut chez lui. On venait de tuer un orignal. Pierre de Sales qui avait mangé « quelques ribambelles de son capot de loup-marin » était assez fort pour veiller aux soins des malades. Il ordonna de faire un bouillon de *caribou*, « d'y joindre un peu de farine, et d'en faire prendre à tout le monde ». Pas un seul des malades n'eut le droit de manger autre chose « jusqu'à ce que les intestins se fussent remis à fonctionner ! ». <sup>16</sup> Quand tous les passagers de la goélette eurent repris leur santé, ils décidèrent de se rendre par terre au Havre-de-Grâce à pied malgré une distance de trente lieues. On ne voulait pas recommencer un voyage sur mer à cette époque de l'année.

Grâce aux excellentes provisions qu'ils avaient reçues du nommé Walker, marchand de la baie de Trinité, les naufragés arrivèrent sains et saufs à Havre-de-Grâce. Pierre de Sales Laterrière y passa l'hiver en charmante compagnie, chacun s'ingéniant à lui rendre le séjour agréable. Aussi, quand la femme du juge Garland, l'un de ses premiers bienfaiteurs,

15. *Mémoires*, p. 132.

16. *Ibid.*, p. 133.



tomba malade, Pierre de Sales suivit la maladie avec intérêt et souci. Il a écrit à ce sujet dans ses *Mémoires* deux pages qu'il faut citer au complet car elles intéressent autant l'histoire de la médecine que la biographie de l'auteur des *Mémoires*. Il s'agit d'un accouchement particulièrement difficile dont il se tira avec succès alors que les deux médecins de l'endroit avaient renoncé à sauver la malheureuse de la mort qui la guettait.

Voici ce récit qui nous renseigne mieux que bien d'autres sur l'obstétrique de l'époque : « La femme du juge civil, étant enceinte de huit mois, écrit Pierre de Sales, tomba dans des spasmes nerveux, qui amenèrent une perte avec convulsion dont rien ne pouvait triompher. Sa faiblesse devint telle qu'on perdit toute espérance. Son médecin étoit le D<sup>r</sup> Ferries (non Férys, cette fois — c'est évidemment le même), qui l'avait déjà accouchée. Le Breton fut appelé, mais la malade continua de s'en aller en poste ; et l'on vint me chercher pour consulter en ce moment critique. En présence d'une nombreuse famille, qui s'attendoit à la voir fermer les yeux, je demandai aux deux praticiens si, à chaque grossesse, la malade avoit aperçu de pareils signes ? Ferries répondit que non.

— Quelle est donc selon vous la cause de la perte, s'enquit Pierre de Sales ?

— Quelque vaisseau a rompu *in utero*.

— N'admettez-vous pas d'autres causes ?

— Non, de répliquer Ferries.

— Et vous, M. Le Breton ?

— Je suis de l'opinion du D<sup>r</sup> Ferries, dit Le Breton.

— Comment regardez-vous la malade ?

— Comme étant dans le plus grand danger, répond Le Breton.

— Vous ne trouvez aucun autre moyen à tenter, s'enquiert Pierre de Sales ?

— Non, et vous M. le D<sup>r</sup> LaTerrière, ajoutèrent-ils d'un ton goguenard ?

— Messieurs, répondit-il, je suis étranger ici ; je ne viens assister la malade qu'au désir de sa respectable famille. Je respecte vos opinions, qui sont fort sages ; mais une spécialité de notre profession qui m'est bien familière est celle d'accoucheur, et j'ai rencontré plusieurs cas sem-



blables à celui-ci, dans différentes villes et paroisses du Canada. Voici la méthode que j'ai employée dans ces cas désespérés : je m'assurois si les pertes venoient de ce que le placenta étoit devant l'enfant à l'orifice du *gravide uterus* ; cet état d'inertie et d'irritation, avec la pression de l'enfant, cause les convulsions et en est la conséquence. De pareils accidents n'admettent que deux moyens, l'un curatif et l'autre palliatif. L'humanité exige que nous les employions ici, car ils pourroient sauver la vie à la malade et à son fruit. Abandonner la malade seroit cruel, quand cette espérance promet une ombre de succès.

Ferries s'y opposa en homme irrité, continue Pierre de Sales ; LeBreton partageoit son opinion. Quelque danger qu'il y eût pour cette victime condamnée, ne falloit-il pas tenter les moyens proposés ? A l'instant même, il fut décidé par l'époux et toute la famille en pleurs d'essayer l'impossible et Dieu feroit le reste. — Je n'ai besoin que de deux femmes et du D<sup>r</sup> Le Breton, dis-je, et qu'on me donne de l'huile d'olives ! . . .

L'attouchement me convainquit que le D<sup>r</sup> Ferries avoit fait quelque tentative, car les parties s'étoient tuméfiées et un coin de placenta étoit sorti et bien égratigné, ce qui devoit produire les convulsions et l'hémorragie. Je dis à LeBreton de donner à la malade deux cuillerées de vin et d'eau et 20 gouttes de castoréum ; pendant ce tems de la fomentier avec de l'eau tiède huileuse. Quand il eut fini, je lui demandai quelle heure il étoit. — Deux heures précises. — J'introduisis toute ma main dans le vagin pour m'assurer de l'état d'adhérence du placenta. Une tranchée que la titillation de ma main lui donna, amena l'entière sortie de cet organe. Glorieux de ce succès, je le cachai, et vitement j'insinuai la main *in utero* pour rompre les membranes des eaux ; même succès. Depuis plusieurs jours que cet enfant souffroit, faute d'une main habile, je ne lui eus pas plutôt ouvert cette voie, qu'il présenta une main et l'épaule : je les fis rentrer et je l'amenai suivant l'ordre des choses, sans autre accident qu'une extrême faiblesse. L'hémorragie et les convulsions cessèrent, et furent suivies d'une faiblesse de *deliquium animi* pendant trois jours. Je mis la malade dans son lit avec ordre de lui faire avaler une cuillerée de bouillon toutes les minutes, la première heure, en augmentant par degrés. On s'apercevoit qu'elle n'étoit pas

morte, mais c'étoit tout. Elle revint à la vie, et l'enfant aussi ; ils vivoient encore tous les deux au printemps, lorsque je quittai le havre !... 17. »

A la suite de ce récit, Pierre de Sales ajoute deux mots qui nous donnent une idée de ce que pouvaient être certains médecins de l'époque en des centres aussi éloignés : « LeBreton, écrit-il, m'avoua n'être pas accoucheur et que le D<sup>r</sup> Ferries n'était qu'un intrus en médecine. » Ce sont là des renseignements que Ahern ne donne pas, sans doute parce qu'ils lui ont échappé, étant donné que l'on peut être assuré de la parfaite intégrité de l'œuvre du biographe de nos médecins.

Le commerce s'acharnait sur Pierre de Sales Laterrière. Le printemps étant revenu, il apporta des nouvelles d'Europe dont la signature de la paix entre l'Angleterre et les *États-unis* d'Amérique. Au moment où Pierre de Sales songeait à revenir au Canada, convaincu que la paix signée il n'avait plus rien à craindre des autorités canadiennes, un marchand pourvu d'une forte cargaison de denrées de toutes sortes se présenta au Havre-de-Grâce, mais ne trouva pas le moyen de disposer de ses marchandises. On lui conseilla de consulter à cet effet le docteur Laterrière. Pierre de Sales lui déclara qu'au Canada, en ajoutant, sucre, thé et mélasse, il pourrait facilement écouler tous ses produits. Le troc se pratiquait alors sur une grande échelle. Il semblait aisé à Pierre de Sales d'échanger les produits européens contre des fourrures canadiennes. De concert, William Hardy — c'était le nom du marchand — et Pierre de Sales louèrent une barque et y chargèrent toutes les marchandises. Ainsi, ballotté entre le commerce et la médecine, Pierre de Sales vivait sans trop d'ennuis.

De retour à Québec, il fut bien reçu par ses amis et le gouvernement lui donna toute liberté de rechercher ses biens. Il résolut alors d'aller s'établir à Bécancourt, d'y tenir magasin et d'y pratiquer la médecine en même temps. Pendant quelques saisons, il exerça à la fois le commerce et la médecine, puis, toujours entreprenant, il résolut d'aller offrir et ses marchandises et ses connaissances médicales aux habitants des différentes paroisses de la rive sud. Pour ce faire, il se fit construire

---

17. *Mémoires*, pp. 135-136. Il convenait de citer au texte un récit aussi important du point de vue médical. Le vocabulaire de l'époque paraît essentiel en pareille circonstance.

un traîneau pourvu d'une armoire dans laquelle il disposa ses instruments de chirurgie et ses médicaments. Il transporta ainsi avec lui une véritable petite pharmacie. Le traîneau devait être assez gros, car, à l'arrière, il installa une « petite chambre où étoient un poêle et des coffres renfermant lit, vaisselle et provisions, pour vivre sans être obligé d'aller aux maisons »<sup>18</sup>. Gentilly, Saint-Pierre-les-Becquets, Sainte-Marguerite, Baie-du-Febvre le virent tour à tour, mais l'accueil ne fut guère profitable, pas plus au marchand qu'au médecin. Il poussa jusqu'à Saint-Hyacinthe et Chambly, mais n'ayant guère réussi, il revint à Gentilly non sans avoir failli se faire attaquer par une bande de voleurs commandée par un certain Mondon. De 1784 à 1789, il vécut en cet endroit avec sa femme et sa fillette, Dorothy, qui grandissait, bonne et gentille. Pierre de Sales prétend que, durant cette période, il vécut de l'exercice de la médecine qui lui rapportait plus que ne l'aurait fait une vingtaine de terres, c'est-à-dire de fermes canadiennes. Il avait des clients dans toute la région et principalement à la Baie-du-Febvre où ses beaux-parents s'étaient installés. Plus le temps avançait, plus sa renommée se répandait.

Cependant, Pierre de Sales Laterrière n'en avait pas fini avec les traverses, comme il dit. Jusqu'alors, l'exercice de la médecine n'était pas réglementé, ce qui causait toutes sortes d'ennuis aux patients. Les transformations apportées dans la société par suite de la guerre de l'Indépendance commençaient de se faire sentir en notre pays et le développement économique et social aidant, il fallut bientôt établir des normes afin de réglementer l'exercice de l'art. Or, Pierre de Sales qui avait commencé ses études en Europe ne les avait jamais terminées. La guigné lui arriva sous forme d'une décision de la Chambre d'Assemblée « qui ordonnoit à tout praticien en médecine de se présenter à l'examen ou de montrer et faire enregistrer ses diplômes ou lettres chirurgicales, sous de grièves peines »<sup>19</sup>. Pierre de Sales ne possédait ni la preuve de l'apprentissage qu'il avait fait sous le docteur Rochambeau à Paris, ni même les certificats que lui avait décerné Saint-Côme. Toutefois, comme on le voit par le ton de ses *Mémoires*, il ne doutait pas de ses propres aptitudes, ni

---

18. *Mémoires*, p. 143.

19. *Mémoires*, p. 148.

de ses connaissances, particulièrement en médecine. Aussi, n'hésita-t-il pas à se présenter devant le bureau chargé de procéder à l'examen des candidats à l'exercice de la médecine.

Une nouvelle déception l'attendait. Quatre médecins et quatre conseillers composaient le bureau médical<sup>20</sup>. La curiosité avait, en outre, attiré une foule de personnes qui assistèrent à l'interrogatoire subi par Pierre de Sales Laterrière, interrogatoire qui se termina par une fin de non recevoir, c'est le cas de l'écrire. De huit heures du matin à quatre heures de l'après-midi, Pierre de Sales fut soumis à un questionnaire serré. « Une question n'attendait pas l'autre, rapporte-t-il<sup>21</sup>. Quelque justes que fussent mes réponses, mes examinateurs, faute par moi de leur représenter mes lettres, ne voulurent pas me permettre de continuer à pratiquer : il me falloir repasser à un nouveau collège pour obtenir d'autres lettres. Leur partialité, leur dureté, leur malice étoient si visibles, que plusieurs amis, simples spectateurs, me dirent :

— Partez pour Cambridge, près Boston, où dans peu de tems, avec les connoissances que vous avez déployées ici, vous obtiendrez ce qui vous manque.

Mes examinateurs ayant vu cela, et les reproches que le public leur fesoit, plutôt par honte que par amitié, se mirent à dire :

— Oui, que le candidat aille à Cambridge ou ailleurs, nous allons lui donner un certificat très favorable de talents et des connaissances qu'il a montrées.

Je leur demandai :

— Quand est-ce que je l'aurai, messieurs ?

— Demain, à dix heures.

— Je ne manquerai pas de l'accepter, et d'aller tout de suite mériter d'avoir ce que vous trouvez qui me manque.

20. Dans une étude ultérieure, l'auteur de ces lignes se propose de consacrer quelques pages à la composition de ce bureau médical et de ses origines.

21. *Mémoires*, pp. 148-149.

Pareil voyage ne pouvait s'entreprendre sans argent. En huit jours, Pierre de Sales se trouva un prêteur et se prépara. Le 7 septembre 1786, accompagné de deux Indiens, il se mettait en route décidé à suivre la Saint-François et le lac Magog. Le guide, un Indien du nom de César, prépara les provisions consistant en pain, viande, pistolets, fusils, poudre et plomb. Pendant son absence, madame Delzenne devait séjourner chez les d'Estimauville et Dorothée, sa fillette, chez le notaire Dumas, à Québec. Le trajet devait se faire en canot d'écorce.

Pierre de Sales a tenu un journal de son voyage sur la Saint-François, mais il déclare qu'il l'a oublié dans un coffret chez son professeur d'anatomie, un certain docteur Warren, de Boston. En résumant dans ses *Mémoires*, le récit de ce voyage, il ajoute quelques notes touchant la médecine chez les indigènes qui ont, dit-il, leurs propres *doctresses*. C'est le mot qu'il emploie. Voici ce passage : « Je les ai souvent traités dans leurs maladies, et j'ai même suivi, l'été, leurs *doctresses* dans les bois. Ils m'ont toujours paru francs, de bonne foi, et, pour ce qui est de la connoissance des plantes, dont toute leur médecine est formée, bien supérieurs aux Européens. Cette connoissance leur suffisoit anciennement pour le soulagement de leurs maladies : n'ayant pas autant de besoin que nous, la somme de leurs maux étoit en proportion fort moindre. Quant à la chirurgie opératrice, ils n'y entendent rien. »<sup>22</sup>

Au cours de son voyage à Boston, Pierre de Sales eut l'occasion de s'arrêter en différents endroits. Comme il était réputé médecin, chaque fois que la nouvelle de son passage se répandait, quelques malades le réclamaient. C'est ainsi qu'à un endroit qu'il désigne par l'expression suivante : *maisons on Abraham's Plains*, il fut logé chez un meunier du nom de Welch, propriétaire d'un moulin à scie et d'un moulin à farine, grand éleveur. Le premier meunier de Welch était alors malade. Le maître de la maison pria Pierre de Sales de le soigner. « Je me fis avec plaisir conduire auprès du malade, que je trouvai atteint d'une vraie pleurésie avec tous les symptômes d'inflammation, écrit Pierre de Sales. Quoique ce fût sa cinquième journée, je crus sage de le saigner trois fois et lui mettre les mouches sur le côté. Au bout de trois fois 24 heures, il étoit mieux ; ce n'est qu'au bout de neuf jours, lorsque je le vis hors de

22. *Mémoires*, p. 155.

danger que je l'abandonnai. Cette cure me donna beaucoup de réputation dans l'endroit, à ce point que l'on m'engagea à m'établir parmi cette nouvelle population. »<sup>23</sup>

Des phrases comme celle-ci faisaient éclater la colère de ce bon Ægidius Fauteux, l'homme modeste par excellence. Quoiqu'il en soit, Pierre de Sales refusa sans toutefois se fermer toutes les portes et expliqua à Welch qu'il avait de grandes affaires en vue. Il se trouvait alors à soixante lieues de Boston. Welch le fit conduire en voiture à une vingtaine de lieues, à un endroit nommé *Haverbill Mountain*, où Pierre de Sales fut reçu par un Canadien du nom de Mailloux, allié à la famille d'un prêtre ami de Laterrière. « Ici encore, écrit Pierre de Sales, je traitai et mis hors de danger un jeune homme de qui l'on désespéroit, que deux charlatans de l'endroit traitoient avec le quinquina et la crème de tartre. »

La saignée qui semble avoir été la panacée préférée de Pierre de Sales fut de nouveau appliquée et l'homme s'en tira, ce qui valut à notre médecin un autre voyage de vingt lieues au frais d'autrui. Les deux médicastres que Pierre de Sales qualifie de charlatans ne croyaient pas à la vertu de la saignée et ils le lui dirent clairement affirmant « qu'ils n'avoient pas coutume de saigner, qu'ils avoient vu ce remède produire tant de mauvais effets qu'ils ne s'en servoient que fort rarement.

— Quoi ! jamais dans les synoques, le typhus, s'écrie Pierre de Sales ?

— Non, répliquent les deux savants, nous ne savons pas ce que c'est.

Un ministre méthodiste, qui exhortait le malade à la mort, ayant dit à Mailloux qu'il étoit cruel de laisser mourir cet homme sans avoir essayé tous les moyens qu'offroit le véritable art médical, les parents du mourant, qui l'aimoient beaucoup, firent faire une assemblée où il fut résolu que le nouveau moyen seroit tenté, puisque les deux chirurgiens n'avoient plus d'espoir ; et je fus appelé sur le champ. Le malade déliroit si fort qu'il fallut le tenir pour le saigner ; la saignée rendit copieusement, et le soulagea tout de suite. Une heure après, sans le repiquer, par la même ouverture, je lui tirai autant de sang, pendant que

23. *Mémoires*, p. 155.

mes deux charlatans crioient que le malade n'avoient que peu de minutes à vivre. Ce pauvre malheureux, débarrassé de ses spasmes délirans, se calma de mieux en mieux. »

C'est alors que Pierre de Sales lui donna une nouvelle prescription pour le remettre complètement sur pied. Les pharmaciens et les médecins trouveront sans doute intéressantes pareilles recettes. Voici comment il la donne textuellement : « Une tisane de graines citrouille, mille-feuilles et de nitre, dont on lui fit boire toute la nuit acheva de le tranquilliser. Après quoi, des prises de calomel avec de la crème de tartre, que je lui donnai pendant quatre à cinq jours que je restai là, le mirent tout à fait hors de danger, à la grande surprise des spectateurs, qui portèrent aux nues le *French Doctor*. Les deux charlatans, conclut Pierre de Sales, auraient voulu, eux, me voir à tous les diables. »<sup>24</sup>

Après ce nouveau succès dont il ne nous appartient pas de supputer l'authenticité puisqu'il s'agit surtout de faire connaître ce qu'un médecin de 1800 pouvait faire en face de certaines maladies, Pierre de Sales continua sa route vers Boston où il s'installa dans une auberge à l'enseigne du *Cheval Blanc*. Une fois reposé, il descendit dans la grande salle de l'établissement et fit connaissance avec un étudiant de Harvard à qui il exposa le but de son voyage. Celui-ci lui offrit de le présenter au président du collège, un certain Willard. Le même jour apparemment Pierre de Sales fut reçu par le président Willard et lui raconta en termes vifs sa carrière et les incidents qui s'étaient passés dans la province de Québec lors de l'invasion conduite par Arnold et Montgomery. C'était un excellent moyen de s'attirer les sympathies d'un Bostonnais. « L'ordonnance sur la médecine, ou la loi qui vient d'être rendue touchant cette profession, comme vous en pourrez juger par l'extrait que je vous sou mets, expliqua Pierre de Sales au président Willard, ne vous laissera aucun doute à cet égard. Tous ceux qui n'ont pas servi dans l'armée et qui n'avoient pas de diplômes, ont été obligés de subir un examen. »<sup>25</sup>

Après avoir raconté qu'il avait été emprisonné pendant quatre ans parce que le gouvernement de la province de Québec le soupçonnait

24. *Mémoires*, pp. 156-157.

25. *Ibid.*, pp. 158-159-160.



« d'être l'ami des Américains », il déclara qu'il avait été victime des examinateurs d'autant plus que, durant les années précédentes, il avait égaré ses certificats. L'entretien se termina par de bonnes paroles, le président allant même jusqu'à lui promettre son appui. Entre temps, Pierre de Sales fit la connaissance du docteur Warren, ce professeur d'anatomie qui devait devenir l'un de ses intimes. Enfin, il fut admis à subir l'examen d'admission devant le corps universitaire d'Harvard, section de la médecine. Voici la relation qu'il nous a laissée de cet interrogatoire :

— Nous sommes réunis ici, déclare le président Willard en présentant le candidat canadien Pierre de Sales Laterrière, pour rendre justice à un candidat étranger qui se présente pour faire ses cours de médecine à notre Université. Pouvons-nous lui faire les questions ordinaires pour connaître s'il en est digne?

A l'unanimité, dit Pierre de Sales, les personnages présents acquiescèrent. On lui demanda alors qui il était et quelle instruction il avait reçue.

— Je suis François, répondit-il. J'ai fait mes études primaires à Albi, ville du Languedoc, et mes humanités à Toulouse ; j'ai fait en outre un cours de mathématiques à La Rochelle.

— Êtes-vous praticien en médecine? où avez-vous étudié la médecine, lui demanda-t-on encore?

— A Paris, chez le D<sup>r</sup> De la Rochambeau, médecin de la Reine, en 1765 et 1766 j'ai fait mes cours à Saint-Côme, sous Dionis, et assisté à l'Hôtel-Dieu.

Pierre de Sales dut faire serment. Sitôt après, il fut admis à l'étude de la médecine. On lui conféra tous les privilèges ordinairement réservés aux étudiants. Le docteur Warren continua de s'occuper de son confrère canadien et poussa l'amabilité jusqu'à lui trouver une chambre chez un professeur de langues orientales, Ebenezer Sewell, qui était en même temps docteur en théologie. Comme Sewell habitait non loin du collège, c'était un grand avantage pour le nouvel étudiant. Un autre professeur de médecine, le docteur Waterhouse, s'occupa de lui faire visiter l'université et en particulier la bibliothèque où les élèves pouvaient se pro-



curer non seulement les livres dont ils avaient besoin, mais tous les instruments nécessaires à leurs travaux. Quant à la clinique, le mercredi et le jeudi de chaque semaine, il devait se rendre à l'hôpital Darmhouse où elle se faisait.

Dans ses *Mémoires*, Pierre de Sales Laterrière nous présente en ces termes les différents professeurs auxquels il eut d'abord à se soumettre : « M. Benjamin Waterhouse, pour la médecine ; il suivait le système colinnien dans toute sa nosologie et l'appliquait à l'appui ou contre tous les autres auteurs. » Le professeur d'anatomie et de chirurgie était son ami, le docteur Jean Warren, qui « suivait le système de Hallet et de Winslow et Bell en chirurgie ». Il y avait ensuite le titulaire de la chaire de chimie et de matière médicale, Aaron Dexter, un adepte du « système de Fourcroy. » L'usage voulait que les étudiants prissent des notes durant les cours. Ils devaient ensuite consulter les ouvrages de la bibliothèque et compléter leurs études par des cliniques. Outre ces leçons, Pierre de Sales décida d'assister aux cours de physique expérimentale professés par Cleber.

Laterrière était bien décidé à réussir ou à mourir, comme il l'écrit lui-même, soulignant avec force la difficulté des examens qu'il allait subir. En médecine, note Pierre de Sales, « il faut apprendre à guérir d'après des principes connus, et savoir bien entendre ces principes, pour passer à l'examen devant un corps de savants, par qui la moindre hésitation est tenue pour ignorance, et qui en pareil cas recule d'un an le candidat — un an à ajouter aux deux années absolument requises ».

Plus sérieux que les autres étudiants, souverainement désireux de bien réussir, Pierre de Sales travailla ferme. Il faut le croire quand il affirme que, souvent, il remplaçait les autres étudiants, moins fidèles que lui à la clinique et aux cours. Un homme de son âge et de son tempérament n'était pas à Cambridge pour s'amuser. « Plusieurs fois, écrit-il, je pris, pour les pansements, la place d'autres dans l'esprit de qui les plaisirs prépondéroient, ce qui me rendoit ces soins plus familiers et me rendoit moi-même plus recommandable aux yeux de nos professeurs ; à ce point que quand il se faisoit quelque opération soit dans l'une ou l'autre ville, le malade étoit laissé à mes soins. »

C'est ainsi qu'il raconte un peu plus loin comment il remplaça l'un de ces professeurs de l'université appelé à Plymouth au chevet d'un

garçonnet de quatorze ans souffrant de la pierre. Pierre de Sales, selon son propre témoignage, parvint à extraire « une pierre qui pesoit  $\frac{3}{4}$  oz ». Son professeur lui confia alors la tâche de soigner le malade et il resta neuf jours à son chevet. Après ce laps de temps, Pierre de Sales revint à l'université. C'est vers cette époque qu'il fit la connaissance d'un Bostonnais qu'il ne nomme point, mais qui lui remit un mot de recommandation à l'adresse du surintendant général des hôpitaux anglais et étrangers de la province de Québec, le docteur J. Mervin Nooth, qui allait lui être utile plus tard.

En ce temps-là, on le sait, il n'était pas question de se procurer des cadavres autrement que par le vol, sauf si quelques criminels venaient à se faire pendre. Pierre de Sales raconte, à ce propos, une histoire d'enlèvement de cadavre. Il s'agissait, à ce qu'il affirme, d'une célibataire, grosse et grasse, mais d'un âge assez avancé. Les étudiants qui étaient toujours à l'affût de pareille aubaine, comme ils disaient, apprirent un jour que le bedeau de l'église du Christ avait mis le cadavre de la vieille fille en vente. Pierre de Sales et un bon groupe d'étudiants l'achetèrent. Le vendeur ne livrait pas la marchandise. Il se contentait de l'enterrer à faible profondeur et oubliait sa pelle dans le cimetière. Les étudiants au nombre d'une trentaine se rendirent la nuit suivante dans une obscurité aussi propice qu'opaque à la fosse encore fraîche. Ils déterrèrent le cadavre et le déposèrent dans une grande poche. Un inconnu, passant par là, les aperçut dans l'exécution de leur macabre besogne et alerta la sûreté bostonnaise. Cinq ou six policiers arrivèrent aussitôt sur les lieux, mais que faire contre trente étudiants résolus. Les soutiens de l'ordre prirent la fuite.

En conséquence, le cadavre fut transporté sans difficulté dans la salle de dissection. Cependant, écrit Pierre de Sales, « le lendemain matin, la nouvelle de ce corps enlevé se répandit dans les deux villes : les parents demandèrent un *warrant* de recherche au gouverneur, mais étant lui-même membre de la corporation du collège, il le refusa, et le bruit que cela avoit causé s'apaisa peu à peu »<sup>26</sup>.

Les étudiants purent donc travailler à loisir sur ce cadavre tout neuf. « Nous disséquâmes la vieille fille secrètement et à notre aise ;

26. *Mémoires*, p. 169.

ce fut un sujet superbe . . . », conclut Pierre de Sales. Ce dernier et un camarade du nom de William Pearson y travaillèrent même pendant toute une nuit.

Poursuivant ainsi ses études, Pierre de Sales arriva à l'heure de l'examen fort bien préparé, si bien que si l'on accepte son témoignage, sur vingt-six aspirants, il fut le seul avec son ami Pearson à subir avec succès l'épreuve. En ce temps-là, tous les médecins et professeurs de médecine assistaient aux examens et pouvaient poser des questions. Pierre de Sales prétend s'être trouvé dans l'obligation de répondre à plus de quinze cents interrogations. Laissons-lui la responsabilité d'une telle assertion, de même que de l'anecdote suivante qui agrmente son récit : Un médecin, voulant l'embarrasser, lui « demanda d'un air bien emphatique ce que c'étoit qu'un sudorifique, et quel étoit le plus efficace », Pierre de Sales lui aurait répondu dans les termes suivants : « Un sudorifique est tout ce qui provoque la sueur ; et le meilleur des sudorifiques, c'est paroître devant une aussi grande et respectable compagnie que celle-ci pour répondre scientifiquement et à propos ! . . . » L'auteur ajoute que cette réplique fut très applaudie.

Ainsi, Pierre de Sales Laterrière venait de recevoir son titre de médecin. Il avait présenté une thèse intitulée *Dissertation on the puerperal fever* et cette étude avait été très bien accueillie. On en avait distribué cinq cents exemplaires à Boston.<sup>27</sup>

Le 15 juin 1889, à cheval, Pierre de Sales Laterrière quittait Cambridge et prenait le chemin du retour non sans regret, car les mois qu'il avait vécu à l'université Harvard avaient été très agréables pour lui. Il

27. « Le jour si impatiemment attendu de l'exhibition publique étant arrivé, je me revêtis de la robe, avec le petit collet et le bonnet à quatre cornes et à gland de soie, et je me rendis au théâtre, où je restai assis dans la chaire d'honneur jusqu'à ce qu'un auditoire d'environ trois mille personnes eut pris place et que le président eut dit aux candidats de s'avancer avec ordre et grâce pour offrir leurs dissertations au public et les défendre. Les médecins eurent le pas sur les autres Facultés, et en ma qualité d'étranger, on me fit l'honneur de me dire de commencer. Ayant salué M. le président et toute l'assemblée, je les suppliai d'être indulgens vu que j'allois m'exprimer dans une langue qui n'étoit pas la mienne ; puis je lus avec la plus grande aisance et le plus grand calme ma dissertation sur la fièvre puerpérale ; je restai ensuite debout et respectueux. Plusieurs praticiens de Boston, usant de leur droit, entrèrent dans la tribune opposée, et mirent sophistiquement en controverse avec moi certains points pratiques de mon sujet ; mais j'avois une connaissance, théorique et pratique, si familière de cette branche, que j'avois pratiquée longtemps au Canada, avant cet essai classique, que je leur répondois sans peine et leur faisois à mon tour des questions, par rapport aux climats et aux habitudes qui les embarrassoient fort. » (*Mémoires*, pp. 175-176.)

s'était pris d'affection pour cette vieille institution, alors bien jeune, ce Cambridge charmant et pittoresque, « bâti sur une plate-forme ». 28 Pierre de Sales, muni de ses certificats, franchit en peu de jours la distance qui le séparait de Cambridge à Québec et vint demander au bureau des examinateurs de lui donner l'autorisation d'exercer la médecine dans notre pays. Il déposa ses documents devant la commission médicale et attendit. On ne voulut pas reconnaître les certificats de Cambridge.

— Votre diplôme étant d'une université étrangère à la Grande-Bretagne, lui dit l'un des examinateurs, nous ne l'admettons, avec vos lettres de recommandations et les certificats des professeurs, que comme simple certificat d'étude, et nous ne pouvons vous recevoir que si vous vous soumettez à l'examen.

— Si j'entends bien l'ordonnance, répliqua Pierre de Sales, il y est dit : *Tout candidat diplômé dans une université où la médecine était enseignée* ; et un tel diplômé n'est tenu qu'à faire enregistrer ses patentes.

Tous « firent la sourde oreille, parce qu'à leurs yeux ce qui n'étoit pas sorti d'une école angloise ne valoit pas la boue. J'ajoutai que les connoissances, quel que fût le lieu de leur origine ou provenance — que ce fût Paris, Londres ou Pékin, devoient être respectées. Eux-mêmes ne vouloient-ils pas que les autres nations respectassent les leurs ? Mais ils ne m'écoutèrent pas, parce que leur dessein étoit de me faire subir un rigoureux examen. Il fallut m'y soumettre, et en dépit de la loi ».

Devant une telle attitude, Pierre de Sales n'avait plus qu'à se soumettre ou à renoncer immédiatement à l'exercice de la médecine. Il résolut de subir l'examen, mais voulut au préalable dire leur fait à ses juges aussi partiaux que de mauvaise foi. Voici comment il relate ce discours dans ses *Mémoires* : « Messieurs, la crainte de ne pas répondre convenablement à vos questions n'est point ce qui m'émeut : je m'afflige du peu d'égards que vous avez pour les témoignages d'hommes estimables et justes autant que savants. Je consens maintenant avec plaisir à subir

28. « Il y a de belles maisons (à Cambridge), mais son plus bel édifice est le collège, formé de trois corps-de-logis disposés en rectangle, sur trois faces ; la quatrième est la cour. Il est entouré de murs, sauf le devant sur la grande place de la ville, qui est garnie d'une clôture à barreaux. Les salles d'études y sont vastes, commodés et nombreuses ; la bibliothèque est belle, le musée et le cabinet de physique aussi ; la salle de physique expérimentale ne peut être surpassée. »

un examen qui vous prouvera leur équité, et qu'ils ne confèrent de degrés qu'à bon escient. »

Cette allocution valut à son auteur les applaudissements de l'auditoire et l'approbation du surintendant des hôpitaux, le docteur Nooth que Pierre de Sales, d'ailleurs, avait vu la veille et à qui il avait remis les lettres que lui avaient confiées ses amis. Le premier examinateur à l'interroger fut le docteur John Foote, chirurgien des troupes à Québec, et membre du premier bureau d'examineurs en médecine. Son interrogatoire porta sur « le système musculaire et la circulation du sang » que Pierre de Sales connaissait très bien. Il ne se vante donc point quand il écrit : « Je répondis sans hésiter. » James Fisher, successeur du docteur Mabane au poste de chirurgien de la garnison de Québec, interrogea ensuite, mais il le fit d'une façon détournée et, comme l'écrit Pierre de Sales, d'une « manière étrangère à une saine nosologie », ce que l'aspirant lui fit aussitôt remarquer, en appelant à l'impartialité du docteur Nooth. Celui-ci ayant donné raison à Laterrière, Fisher voulut quand même embarrasser Pierre de Sales et lui demanda de se poser à lui-même les questions. Le candidat venait en effet de déclarer qu'il avait fort bien compris ce que voulait dire l'examineur. Pierre de Sales s'en tira encore pour la plus grande confusion du docteur Fisher.

Le docteur Frédéric-Guillaume Olive, Allemand d'origine, qui voulait probablement paraître intelligent, demanda à Pierre de Sales la question suivante :

— Quelle différence y a-t-il entre un malade dans un livre et un malade dans son lit ?

— La différence est la même qu'entre la théorie et la pratique, lui répondit Laterrière.

François Lajus, fils de Jourdain Lajus, chirurgien et major des médecins, faisait également parti du bureau des examinateurs. Sa question porta sur les instruments dont on se sert pour opérer la trépanation. Pierre de Sales lui répondit ceci : « Les anciens en employaient beaucoup ; les modernes n'en emploient que cinq : tréphine, scalpel, rugine, aiguilles armées, emplâtre agglutinatif et bandage. »<sup>29</sup>

29. *Mémoires*, pp. 186-187.

Aussitôt, le docteur Foot, au nom des examinateurs, déclara Pierre de Sales Laterrière « reçu à pratiquer en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchements ». Un tel récit justifie, à notre sens, les graves accusations portées par Pierre de Sales contre les membres du bureau des examinateurs. Joseph-Edmond Roy, l'un de nos meilleurs historiens, érudit plus que tout autre, vient, dans son *Histoire du notariat canadien*, confirmer les dires de Pierre de Sales.

La première preuve qu'il apporte est celle du texte de l'ordonnance qui dit bien, ainsi que le prétend Pierre de Sales Laterrière, que le diplôme le dispensait de tout examen. Voici ce texte : « Pourvu toujours, et il est par ces présentes statué que rien dans cette ordonnance ne s'étendra ou ne s'entendra s'étendre à obliger ceux qui ont pris leur degré dans aucune université, ou qui ont été commissionnés et nommés chirurgiens dans l'armée, ou la marine de Sa Majesté, à aucun examen, avant d'obtenir une permission qui sera enregistrée, comme il est dit ci-dessus, avec une copie du degré ou du certificat de la commission ou de l'ordre ; et qu'aucun médecin ou chirurgien dans l'armée, ou la marine, dans cette province, ne sera obligé d'avoir une permission. »<sup>30</sup>

En vérité, ce texte établit clairement que tout médecin ayant « pris son degré dans une université » n'était pas tenu de subir un tel examen devant le bureau. Joseph-Edmond Roy ajoute quelques réflexions qui montrent bien dans quel état d'infériorité pouvaient être les candidats dépourvus d'influence : « L'ordonnance de 1788, relative à la profession médicale, ouvrait la porte à des inconvénients dont le plus grave était l'arbitraire de l'Exécutif. A mesure que le pays se développa, que la population s'accrut, que le nombre des aspirants à la médecine devint plus considérable, les sujets des griefs devinrent aussi plus fréquents. La question nationale et politique fit sentir son influence dans cette sphère comme dans la plupart des autres. Les médecins canadiens-français se plaignirent que, grâce à l'appui officiel, les médecins anglais leur tenaient la dragée haute et conservaient une autorité exclusive sur la direction de la profession et sur les conditions d'admission au sein de la docte confrérie... pendant environ quarante ans, il n'y eut pas un seul examinateur canadien-français à Québec et à Montréal. Vers 1823, des

30. *Histoire du notariat canadien*, p. 501

pétitions furent adressées à la législature pour demander une loi nouvelle. »<sup>31</sup>

Le 19 août 1789, quand Pierre de Sales Laterrière subit son examen, c'étaient trois médecins anglais et un médecin d'origine allemande qui l'interrogeait. On voit que l'affirmation de Joseph-Edmond Roy est conforme aux faits. Il avait même fallu qu'il fit appel à un autre Anglais, le docteur Nooth, pour obtenir justice sans quoi il n'obtenait certainement pas le droit d'exercer la médecine. Sentant qu'il rencontrerait toujours en ces hommes des adversaires, Pierre de Sales, malgré les objurgations des amis québécois, retourna à la campagne où une bonne clientèle l'attendait déjà.

Avant d'aller plus outre, comme disent certains, il convient de citer ici le texte même des documents dont venait de se munir Pierre de Sales Laterrière. A l'instar du nouveau bachelier en médecine de Cambridge, commençons par ce parchemin de la grande université des États-Unis :

« Whereas M. La Terrière hath diligently attended our lectures on Anatomy and Surgery, Theory and Practice of Physics, Chemistry and Materia Médica, in this University, and whereas we, the Medical Professors have strickly (sic) examined him in the above branches of our Art, and have read and approved his dissertation on the Puerperal Fever, we do hereby certify that we have found him so far qualified in his profession as to recommend to the reverend and honorable Corporation and Overseers, as worthy of a degree of Bachelor in medicine.

University } In testimony whereof we have hereunto subscribed  
of Cambridge } our names this 14<sup>th</sup> day of July 1789.

(Signed) J. WARREN, M.D.,

*Anat. Prof.*

W. Bn. WATERHOUSE, M.D.,

*Theor. and Prax. Profess.*

A. DEXTER, M.D.,

*Chem. and Mater. Med. Profess.*

---

31. Joseph-Edmond Roy, *ibid.*, vol. II, p. 502.



## DIPLOME AVEC LE GRAND SCEAU

## ECCLESIA CUM CHRISTO

Senatus universitatis haryardianæ Cantabrigensis in Republica Massachusetensi.

Omnibus ad quos litteræ presentes pervenerint salutem in Dominus sempiternam.

Notum esto quod Petrus de Sales La Terrière, Canadensis, vir ingenio bono as scientia utili morbus que probis ornatus postquam multum temporis, — medicinæ studio et praxi dedisset prælectionibus omnium in medicina hujusce Universitatis professorum assidue interfuit, et examine publice habito et dissertatione sua de feбри puerperali coram enunciata — omnes professores supra a nominati eam laudabilem in arte medendi progressum effecisse invenerunt, et testimonium scriptum dederant ideneum esse qui ad graduum in medicina Baccalaurearem admittatur.

Qua propter nos præses et socii consentientibus honorandi admodum ac reverendis universitatis ante dictæ inspectoribus, admissimus Petrum de Sales LaTerrière ad gradum in medicina Baccalaurealem, eique dedimus et concessimus potestatem de medicina consultandi prax in cæteraque exercendi quæ medicinæ Baccalaureali exercere solent, et omnia insiquia jura et privilegia dignitatis ad honores quibus ad istiusmodi gradum gentium evornantur vel ornari debent.

In cujus rei testimonium litteris hisce nostro communi sigillo munitis die julii XV anno salutis MDCCLXXXIX reiquepublicæ americanæ XIV apposuimus chirographa.

(Signed) Josephus WILLARD, S.T.D., *Præsce.*

Ever UNDELL.

Joanes LOVELL.

E. WIGGLESWORTH, S.T.D. et S.P.T.H.

(*Illisible*)

Jim CONHWARD, S.T.D.

Joanes LATHROPP, S.T.D.

Ebenezer STORER, *Thesaurius.*



## CERTIFICAT DES COMMISSAIRES EN MÉDECINE A QUÉBEC

« We, the examining Commissionners of His Excellency the Right Honourable Guy Lord Dorchester (sic), that pursuant to His Excellency's Commission under an Ordinance of the Province entitled : An Ordinance to prevent persons practising physic and surgery within the Province of Quebec of midwifery in the Towns of Quebec and Montreal, without a licence » ; that Peter de Sales LaTerrière, late of the Parish of Gentilly, in the District of Quebec, Gentleman, appeared this day before us and produced a bachelor's degree in physic from the University of Cambridge, in the State of Massachusetts Bay, very ample certificates of his great exertions in study and a recommendation from the Professors of the said University, also a recomandatory letter from Doctor Pain, late physician to the British Hospital at Halifax, in the Province of Nova-Scotia ; upon examination we found him deserving thereof, and conceive that he may be licensed to practise in Physic, Surgery and Pharmacy.

(Signed) John FOOTE, *præses*,  
James FISHER,  
James DAVIDSON,  
F. LAJUST.

Quebec, 19 August 1789.

La signature de Lajus au bas de ce document semble contredire les affirmations de Joseph-Edmond Roy, mais il ne semble pas avoir inclus les examinateurs de Pierre de Sales Laterrière dans cette liste. C'est ce que nous examinerons quand il s'agira de l'histoire du Bureau médical. Les documents ci-dessus sont cités *in extenso* dans les *Mémoires* de Pierre de Sales Laterrière.<sup>32</sup>

Dans son style alerte et vivant, l'auteur, après avoir cité les documents sus-mentionnés, demande au lecteur ce qu'il pense des objections apportées par les membres du bureau des examinateurs : « . . . N'étoit-ce pas, de leur part, vouloir loger toutes les connoissances humaines dans le

32. *Ibid.*, pp. 188, 189 et 190.

trésor de l'orgueilleuse nation anglaise au préjudice des autres nations? . . . Est-ce généreux? — Non, certes, et il s'en faut de beaucoup que tous les Anglois bien nés partagent ces idées fausses : ils savent rendre justice à qui elle appartient, et mon blâme ne tombe que sur une espèce d'égoïstes demi-savans, aux prétentions les plus sublimes. Que Terreur de ces derniers est grande ! . . . » <sup>33</sup>

Ses *Traverses*, comme il le dit en parlant de ses aventures, semblaient terminées et il prit la route de la Baie-du-Febvre avec sa fille, emportant avec lui une bonne provision de médicaments de toutes sortes. Quatre villages avaient retenu ses services médicaux et il projetait d'étendre son champ d'action « jusqu'aux Trois-Rivières et à toutes les paroisses du nord du lac Saint-Pierre ». Deux ans plus tard, les affaires étant très bonnes, Pierre de Sales acheta une maison à Trois-Rivières, une maison que lui vendit Labadie de Tonnancourt. Il quitta Baie-du-Febvre après avoir installé un fermier sur sa ferme. Il faut dire que l'obligation où il était l'hiver de traverser le lac Saint-Pierre en voiture comptait pour beaucoup dans cette décision qui le ramenait sur les lieux de ses mésaventures de 1775. Vers cette époque, il devint médecin des prisons, mais les ennuis le guettaient encore. Un jour qu'il avait, en sa qualité de médecin de la geole, assisté une femme condamnée à mort pour meurtre (complicité), le tribunal l'autorisa à utiliser le cadavre et à le disséquer en public. Mal lui en pris quand il s'exécuta en présence de treize de ses confrères ! « Il arriva, écrit-il, dans un país plein de préjugés, que cet acte au lieu de me recommander, produisit l'effet contraire et éloigna les pratiques, du moins les personnes ignorantes et foibles, qui sont les plus nombreuses au Canada et qui sont soutenues dans leurs préjugés par des gens de mauvaise foi . . . » <sup>34</sup>

Pierre de Sales commença la dissection en octobre, mais, comme au cours de l'automne, le nombre des malades se trouva fort considérable, il décida de retarder ce travail. En attendant janvier, il déposa le cadavre de Marie Brisebois — c'était le nom de l'infortunée — dans sa glacière. Toutefois, on n'ignorait pas dans les environs la présence de ce cadavre et cette connaissance menaçait de lui attirer des désagréments. Il ré-

33. *Ibid.*, p. 190.

34. *Mémoires*, pp. 193-194.

solut de faire transporter la Brisebois dans un endroit reculé, à Machiche. Il y avait là, au bord du lac, une maison vide appartenant au colonel Dunière, un ami de Pierre de Sales. En conséquence, il enferma le cadavre dans une caisse, déclara qu'il s'agissait de vaisselle et de meubles et confia la boîte à un tiers qui la transporta chez Dunière.

Capitaine de milice, Dunière n'avait pas froid aux yeux. Quand le porteur eut déposé la caisse dans la maison, Dunière lui demanda : « Qu'avez-vous donc apporté ? » « Une charge de meubles de ménage, et une caisse de vaisselle », répondit l'homme. Dunière éclata de rire et lui dit qu'il s'agissait du cadavre de Marie Brisebois. L'autre se refusa à croire pareille chose et Dunière dut ouvrir la boîte pour l'en convaincre, ce qui n'avait aucune espèce d'importance, sauf que Dunière entendait bien se payer la tête du malheureux. A l'aspect du cadavre, le malheureux se rendant compte qu'il a voyagé toute une nuit en compagnie d'une pendue, se sent saisi de frayeur et « se trouve mal ». Pierre de Sales déclare qu'il lui fallut un mois pour faire la dissection complète du cadavre de Marie Brisebois.

Mais on n'appréciait guère alors les recherches anatomiques. La peur de la mort et les rumeurs que de tels travaux provoquaient épouvantaient le peuple. Pierre de Sales résolut de quitter Trois-Rivières et de retourner à la Baie-du-Febvre où on le connaissait bien. Pendant le voyage, une tempête s'éleva et faillit faire périr les voyageurs dans le lac. Pierre de Sales ou du moins ses compagnons attribuèrent leur salut à Marie Brisebois « qu'ils regardoient comme une sainte. Ce qu'il y a de certain, continue le mémorialiste <sup>35</sup>, c'est que depuis qu'elle est en ma possession, il ne m'est arrivé aucun accident ; ma situation s'est soutenue et les moyens ne m'ont manqué ni pour mon nécessaire ni pour l'éducation de mes enfants : ce pauvre cadavre sec a servi à leur instruction. Moi et eux l'avons fait voir à tous ceux qui l'ont demandé, à la condition de prier pour son âme ». Marie Brisebois, d'ailleurs, était morte « en se repentant de son crime » et avait, estime Pierre de Sales, « obtenu son pardon du Père de toute miséricorde ! ».

Ainsi, Pierre de Sales reprit sa pratique sur la rive sud. La population du village de Saint-François et les Abénakis avaient fréquem-

35. *Mémoires*, p. 197.

ment recours à ses connaissances et les malades abondaient en cette région.

S'il faut l'en croire, la réputation d'accoucheur acquise par Pierre de Sales Laterrière s'étendait dans toute la région et, dans les cas difficiles, on le mandait dans les régions les plus éloignées. Toutefois, pendant ce temps, la famille Laterrière augmentait en nombre. Il avait maintenant, outre Dorothée, deux fils qui allaient bientôt avoir l'âge de fréquenter le collège. Nicolet ne possédait pas encore cette institution magnifique dont l'œuvre sociale et éducative a joué un si grand rôle, un rôle si bienfaisant, dans l'enseignement en notre province. Mieux que bien d'autres, Pierre de Sales comprenait l'importance de l'instruction. En somme, c'est à l'enseignement qu'il avait reçu en France, grâce à ses parents, qu'il avait pu si souvent se tirer d'affaire en des circonstances où d'autres seraient morts à la peine. C'est pourquoi quand Pierre de Sales explique avec emphase qu'il a eu tel ou tel succès, l'homme réellement instruit des choses de la vie a tendance à ajouter foi à ses affirmations si élogieuses soient-elles.

Tels sont les mobiles qui déterminèrent ce nouvel exode de Pierre de Sales Laterrière. Il vint s'établir à Québec, ouvrit une pharmacie et pratiqua la médecine dans la capitale. « Ma chère fille, écrit-il, Dorothée et moi tenions ce ménage ; mon fils aîné alloit au petit séminaire en qualité d'externe, et mon épouse, restée à la Baie-du-Febvre, achevoit d'y régler nos affaires. Mes pratiques des différentes paroisses, mes voisins et mes amis particuliers, eurent un chagrin infini de mon départ ; mais reconnurent la nécessité de l'éducation de mes enfants, puisque je n'en voulais pas faire des terriens. » <sup>36</sup>

Cette fois, Québec l'accueillit fort bien. Des médecins réputés comme Badelard et Fisher lui envoyèrent des clients. Il noua une certaine amitié avec un autre médecin en vue du temps, le docteur George Longmore, qui habitait une maison sise précisément où se trouve maintenant le bureau de poste de la haute-ville, à l'angle de la côte de la Montagne. Longmore était apothicaire en même temps que médecin. Laterrière habitait un peu plus bas dans la côte même une habitation que lui avait vendu un certain Crête.

36. *Ibid.*, p. 199.

A l'automne, madame Laterrière ayant réglé les affaires de son mari à la Baie-du-Febvre vint s'installer à Québec avec lui et leurs enfants, Dorothy, Pierre de Sales II et Marc-Paschal. Tout l'hiver, elle fut malade, ayant contracté l'asthme. Les crises étaient si fortes que Pierre de Sales craignait pour sa vie. Voici comment il la soignait : « la saignée, un vomitif ou une purgation, du parégorique, des mouches employés à temps, la mettoient vite hors de danger », écrit-il.

Un danger d'une autre sorte menaçait son bonheur et il ne s'en doutait pas. Vers cette époque, un certain François Lehoulier commença de fréquenter chez les Laterrière et de faire la cour à la jeune Dorothy dont le dévouement à son père faisait déjà l'admiration de tous ceux et celles qui la connaissaient. Le mariage ne dura que quelques mois et ne fut jamais consommé. Cependant, cette aventure causa toutes sortes d'ennuis à Pierre de Sales qui, pensant arranger les choses, quitta Québec et retourna à Trois-Rivières où il pratiqua tout un hiver. Il dut revenir à Québec, s'acheter une maison, car il avait donné la sienne à son gendre, et reprendre sa fille, une séparation de corps ayant été arrangée entre Lehoulier et sa femme.

A peine, cette affaire était-elle terminée que Pierre de Sales reçut des nouvelles de France, lui annonçant que l'héritage de son frère, le militaire, était ouvert et que des collatéraux allaient s'en emparer s'il n'allait, lui-même, le recueillir. Pierre de Sales décida de se rendre dans sa patrie. On était alors sous le règne de Napoléon I et ce n'était pas facile. Pierre de Sales décida de passer sur le continent par la voie du Portugal et il arriva dans ce pays au moment où l'armée de Junot occupait l'Espagne. Pierre de Sales fit le voyage en compagnie de son plus jeune fils dans l'intention de le laisser à l'université de Montpellier s'il parvenait à entrer en France et à recueillir son héritage. Tous deux quittèrent Québec le 26 juillet 1807. Sans trop d'incidents fâcheux, ils firent la traversée, mais en arrivant dans le port de Lisbonne on les envoya en quarantaine et ils durent attendre quelque temps avant de débarquer.

Grâce aux recommandations qu'il possédait, Pierre de Sales put voir facilement les principaux personnages de Lisbonne, y compris les consuls de France et d'Angleterre, mais les circonstances s'opposaient à son voyage en France. Il en profita pour visiter divers endroits dont l'uni-

versité de Coïmbre où il passa trois jours. Il eut l'occasion de visiter l'école de médecine de l'endroit. Voici comment il décrit cette institution : « Le collège est bâti en pierres de taille, et à trois étages ; il y a une belle chapelle et de superbe jardins. On y enseigne toutes les plus hautes sciences. C'est de là que sortent les médecins portugais. L'amphithéâtre de médecine y est grand et commode ; celui de dissection aussi. On y a beaucoup de difficulté à se procurer des sujets, le collège étant loin des deux villes et le pays chaud. La botanique y est enseignée par un homme fort savant. Les fondateurs de cette institution furent des médecins arabes. » <sup>37</sup>

L'abbé Henri-Raymond Casgrain, dans la biographie qu'il consacre à Pierre de Sales Laterrière <sup>38</sup> donne quelques détails supplémentaires quant au séjour de Pierre de Sales en Portugal. Lors de son excursion à Coïmbre, Pierre de Sales habitait Oporto où il passa une trentaine de jours. Il se serait également rendu à Valladolid et, non loin de cette dernière ville, il aurait rencontré « les avant-coureurs de l'armée française commandée par le général Junot, créé depuis duc d'Abrantès ».

Évidemment, en ces temps lointains, il était moins dangereux de rencontrer les armées. Les lois de la guerre étaient plus rigides qu'à notre époque et le respect d'autrui était une vertu pratiquée par la majorité des humains. « L'empereur Napoléon, continue l'abbé Casgrain, envoyait cette armée envahir le Portugal pour en chasser les Anglais. L'officier qui commandait l'avant-garde arrêta Pierre de Sales et ses compagnons et s'enquit de leur destination. Quand ils eurent répondu qu'ils se rendaient en France, le commandant se contenta de leur déconseiller pareil voyage : « Vous venez, M. de Laterrière, dit-il, d'une province anglaise, du Canada ; je vous donne le conseil de retourner sur vos pas, car on pourrait, dans ces temps critiques, vous dénoncer comme un espion anglais et vous faire pendre, vous et votre fils, au premier arbre de la route. » <sup>39</sup>

Pierre de Sales se conforma à cette invitation, retourna à Oporto et s'embarqua quelques jours plus tard à destination de l'Angleterre. Dé-

37. *Ibid.*, pp. 230-231.

38. Henri-Raymond CASGRAIN, *Œuvres complètes*, II, *Biographies canadiennes*, p. 222.

39. Cité par CASGRAIN, *ibid.*, p. 222.

barqué à Dartmouth, il se rendit à Londres chez l'un de ses amis, Bulmer, dans le Strand.

Pendant son séjour en Angleterre, Pierre de Sales tomba malade et la description qu'il donne de sa maladie comme du traitement qu'on lui appliqua mérite d'être retenue car elle a sa place dans une histoire de la médecine et des cures faites au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. « N'ayant pas accoutumé de marcher beaucoup au Canada, où je ne sortois guère qu'en voiture, et me trouvant, après le repos du voyage, transporté tout à coup dans une ville où les distances sont si bien mesurées que la marche à pied d'une rue à une autre ne paroît d'abord, quoiqu'elle soit souvent fort longue, la visite que je fis de mes connoissances et des lieux curieux à voir, m'occasionna une si grande inflammation abdominale avec constipation, qu'un soir ma rupture sortit, dure comme fer, et, contre l'ordinaire, en me couchant je ne pus la remettre. Connoissant le danger, éloigné de ce que j'avois de plus cher au monde, mon épouse et mes enfants, je fis demander M. Bulmer et M. Butterfield. Ceux-ci envoyèrent chercher chacun les médecins en qui ils avoient confiance et les plus proches. »

Quelques instants plus tard, il se présentait quatre médecins qui, aux dires de Pierre de Sales, ne savaient que faire. Ils n'avaient apparemment aucune idée de la façon dont un tel mal puisse être soulagé. Pierre de Sales leur révéla sa condition de médecin et procéda lui-même au diagnostic. « Une inflammation intestinale, leur dit-il, avec une constipation de quatre ou cinq jours, a causé la sortie de la rupture et l'endurcissement. Sans beaucoup faire attention à ce que je leur disois, ils essayèrent en tâtant de la réduire, ce qui me faisoit endurer, écrit-il, des douleurs mortelles. Ce moyen ne faisoit que me précipiter vers un danger irrémédiable. »

Le malheureux médecin aux prises avec ses confrères leur déclara tout de go qu'ils étaient en train de l'achever. « La réduction dans le présent moment, leur affirma Pierre de Sales, me paroît absolument impossible sans meurtrir les parties et l'épiploon, et partant amener ..... (illisible) la gangrène et la mort inévitablement. » Pierre de Sales qui, on l'a vu fréquemment, presque chaque fois qu'il raconte une cure qu'il a faite, était favorable au saignement, voulut qu'il soit



pratiqué sur lui-même. Il l'annonça en propres termes à ses quatre médecins qui durent en passer par ses instructions : « Je désire absolument d'être saigné de la quantité de sang qui pourra m'être très tirée sans que j'aie de syncope, dit-il, de recevoir un ou plusieurs lavements *écoprotiques* avec une médecine composée de tels remèdes qu'il vous plaira. Ils y consentirent après s'être retirés dans la chambre voisine et y avoir décidé que, sitôt que je me trouverois mal, ils réduiroient forcément la rupture. »

Les quatre médecins exécutèrent donc les instructions du malade à la lettre et Pierre de Sales dut y mettre un terme sans quoi il serait passé de vie à trépas. Il avait demandé « une forte saignée » et perdit ce qu'il estime être « deux livres de sang ». Il décida alors de se faire bander le bras et dans ce but, écrit-il, « je mis l'index sur l'ouverture de la veine et les priaï d'appliquer le bandage. Ils le firent, continue-t-il, tout étonnés de ce que je ne fusse pas tombé en syncope, et adoptèrent ma proposition de lavemens et d'une médecine, ainsi que les fomentations chaudes, suivant mon désir ; mais jusqu'au lendemain seulement et il étoit minuit. Ces secours me furent administrés immédiatement par M. Butterfields, et mon fils, à toute minute, me fit des fomentations. Vers cinq heures ayant évacué de deux lavemens, je pus réduire avec aisance la rupture, et appliquer très-serré mon bandage, avec quelle joie, on le peut imaginer. »

Quand il fut ainsi soulagé, Pierre de Sales fit prévenir ses confrères médecins. Tous le croyaient à la veille de mourir et s'exclamèrent devant sa guérison. Pierre de Sales estime que les médecins de Londres l'auraient littéralement tué s'il n'avait prévenu leur geste en exigeant la saignée qui, dit-il, n'était pas alors pratiquée par les médecins londonniens. Le fameux médecin de la Reine d'Angleterre, Paternoster, ayant appris cette cure merveilleuse se rendit au chevet de Pierre de Sales et devint l'un de ses meilleurs amis. Chirurgien de la garde de la reine, il jouissait alors d'un grand prestige et Pierre de Sales ne manque pas de le noter. « Si une toux catarrheuse ne m'avait point fatigué jusqu'à me faire sortir mon interépiplocèle à chaque accès, rapporte le mémorialiste, j'eusse été bientôt rétabli parfaitement. » Il dut garder la chambre pendant exactement vingt-sept jours. Pierre de Sales termine le récit



de sa maladie en se plaignant des bouillons qu'on lui faisait absorber, affirmant qu'ils étaient loin d'avoir la saveur et la valeur nutritive de ceux que lui faisaient sa femme dans son cher Canada.

Dans la vie de Pierre de Sales Laterrière, le commerce semble poursuivre le médecin. Même à Londres, il fut mêlé aux négociants qui le reçurent dans leur société, l'Académie Adelphe, c'est du moins le nom que Pierre de Sales donne à ce corps dans ses *Mémoires*.<sup>40</sup>

Il relevait à peine de maladie quand on l'invita à une manifestation de cette société. Durant la séance, on donna lecture d'une lettre venue du Canada et on lui demanda de confirmer ou d'infirmier les prétentions du signataire. Quand il se fut exécuté, on l'invita à parler lui-même de notre pays. Il demanda huit jours pour se préparer et revint au bout de ce laps de temps. A la suite de ce discours, il fut invité à titre de membre correspondant à faire partie de l'Adelphe.

Le secrétaire, Charles Taylor, par une lettre datée du 24 décembre 1807, l'en avisa : « I have the honour to address this letter to you acquainting you that on the 16<sup>th</sup> instant, you were elected a corresponding member of the Society instituted at London for the encouragement of Arts, Manufactures and Commerce ; and in conformity to an established rule and order, I am to inform you that no member of this Society ; and that the corresponding members are requested as often as shall be convenient, to favour the Society with accounts of such useful discoveries or improvements in any of the polite arts or commercial, as may come to their knowledge. »

La peur de la mort prit une forme particulière chez Pierre de Sales quand il se rendit compte qu'il pourrait passer de vie à trépas dans l'île d'Albion. « Mars approchait, et me sentant encore bien malade, écrit-il, je me disois mille fois à moi-même : Comment sortirai-je d'Angleterre ? Mon ami me dit que si j'y restois encore un mois, j'étois mort. Je le sentois comme lui, et je ne voulois pas être la proie des scélérats de marchands de chair humaine appelés *Resurrection Men*, qui m'auroient vendu pour être disséqué après que j'aurois eu reçu les prières de l'enterrement dans ma chambre d'un prêtre et j'aurois été repris par un ministre, et conduit dans le chariot noir au cimetière dans la forme de sa paroisse, afin

40. Pierre de Sales LATERRIÈRE, *ibid.*, p. 240. .

que ce ministre ne perdit pas son droit. Un évêque, le pape lui-même mourroit en cette isle qu'il ne seroit pas enterré autrement. Telle est sur ce point la tolérance d'un païs qui se vante d'être si libre ! Dieu me préserve de ce grand malheur. Je préférerois mourir en mer : là point de distinction ; elle reçoit tous les morts dans son sein. » Quel beau tableau de mœurs, en effet ? Il avait d'ailleurs quelques motifs d'écrire ainsi puisque mêmes les commodités les plus basses lui avaient été refusées à certains moments.

Après la maladie racontée plus haut, Pierre de Sales décida de s'embarquer sur le premier bateau à destination de Québec, mais il était encore trop faible pour faire les démarches nécessaires et dut se confier à un tiers . . . « la fièvre, la toux, et l'oppression me reprirent plus fort que jamais, dit-il ; et il me fallut garder la chambre et le lit quinze à seize jours ». Ce laps de temps écoulé, il recommença ses démarches, mais un jour qu'il s'était cru en meilleure santé, il risqua un voyage au navire sur lequel il avait réservé sa cabine. Il n'avait pas franchi deux milles « que des coliques terribles m'empoignèrent, écrit-il, avec tant de furie que je revins sur mes pas au plus vite. J'eus beau demander des lieux en chemin, car je me trouvois mal, on me rioit au nez. Belle humanité de Londres ! . . . Les spasmes et le besoin d'aller à la selle étoient si violents, qu'à environ deux arpens de mon logis, je laissai tout aller . . . dans mes culottes. Heureusement que j'en avois alors deux paires et doublées. La plus proche de ma peau, à mon arrivée à la porte, étoit toute crèmeuse. Imaginez les souffrances que j'avois endurées et ma joie de me voir sur mon pot, à mon aise, dans ma chambre, sauvé du danger de mourir dans la rue comme un chien ». <sup>41</sup> Il lui fallut encore retarder son départ, mais finalement sa santé se rétablit et il ne lui resta que le souvenir des conditions hygiéniques dans lesquelles il avait dû vivre à Londres.

On excusera ces détails. Il est utile de les connaître quand on veut se rendre compte de l'état de l'hygiène à cette époque et des conditions dans lesquelles il fallait souvent voyager. Pierre de Sales estime que seule l'espérance de revoir sa famille l'avait soutenu pendant cette épouvantable maladie. La peur des croquemorts semble aussi avoir joué un certain rôle dans l'énergie qu'il déploya pour lutter contre un mal aussi

41. *Ibid.*, pp. 241-242.

grave. D'ailleurs, son mal n'était qu'endormi. A la veille de son départ il fut reçu chez des amis et, par politesse, il resta « depuis cinq heures jusqu'à onze sans uriner, par une honnêteté mal calculée, dit-il. A ma sortie, raconte-t-il, j'essayai cinquante fois d'uriner depuis le *Foundling Hospital* jusqu'à ma demeure ». Il endurait d'atroces souffrances qui augmentèrent tellement qu'après s'être couché, il dut se relever et appeler tous ceux qu'il connaissait, y compris le docteur Pater-noster. Finalement, il tenta de se procurer une sonde car deux lavements n'avaient donné aucun résultat appréciable. Finalement, Pierre de Sales dut partir à destination de Portsmouth sans être guéri. A ce dernier endroit, il parvint, après mille recherches, à se trouver une chambre et à manger une soupe aux oignons, ce qui le soulagea immédiatement de son inflammation de la vessie.

En ce temps-là, les bateaux partaient quand le capitaine en avait le désir ou quand les armateurs le lui ordonnaient. De retards en retards, Pierre de Sales resta à Portsmouth jusqu'au 16 avril 1808. Ce n'est qu'à cette date qu'il s'embarqua sur la *Jane* qui devait enfin le ramener au Canada. Le voyage lui-même devait être assez rude puisque vers le quatre mai, comme il le note dans le journal qu'il tint pendant le trajet, il « se cassa deux côtes ». Il avait fait une chute et s'était apparemment fracturé les côtes « sur le bord d'un panier de fer blanc ». Peu de temps après, il constata « une grande inflammation » s'étendant « du bas-ventre au creux de l'estomac et aux reins et aux hanches ». Vraiment, la guigne le poursuivait sans relâche depuis quelques mois.

Pierre de Sales se soignait à l'huile de Palma et au calomel. L'alimentation du bord, bœuf salé deux fois par jour, n'était pas de nature à lui rendre la santé. Le 6 juin, il avait mal aux dents, souffrait de la bouche, ayant la lèvre supérieure enflée ainsi que la joue. Les côtes lui faisaient toujours mal : « J'y tiens sans cesse les mouches éteintes en forme de cirouène et je m'aperçois que cela me soulage », écrit-il, à cette date. Le lendemain, il note : « Le mal de dents m'a laissé à minuit ; des mouches que j'avois mises sur ma gorge ont fait leur effet. » Enfin, le 13 juin, il peut enlever son bandage et se coucher sur le côté droit, ce qu'il n'avait pas fait depuis près d'un mois. Enfin, le 19 juin, un dimanche matin, le bateau *Jane* jetait l'ancre devant Québec, soit après

deux mois et deux jours de navigation, deux mois de souffrances et d'inquiétudes pour Pierre de Sales.

Qu'il était heureux de trouver sa chère Catherine Delzenne à laquelle il était uni depuis le dix octobre 1799 par les liens du mariage comme le note Cyprien Tanguay, et ses deux enfants, Pierre et Dorothée, restés au pays pendant qu'il voyageait en compagnie de Marc-Paschal.

Pierre de Sales Laterrière reprit l'exercice de sa profession et pratiqua jusqu'en 1810 alors qu'il acheta la seigneurie des Éboulements et alla se fixer en cet endroit, abandonnant sa clientèle à ses fils. « De 1810 à 1815, partageant les loisirs de sa vieillesse entre sa belle campagne et ses enfants établis à Québec, il termina, dans le calme et l'aisance, une carrière traversée par tant de vicissitudes. Il mourut à Québec, le 8 juin 1815, chez son fils, Marc-Paschal, et fut inhumé dans la cathédrale de Québec. »<sup>42</sup>

(A suivre.)

---

42. CASGRAIN, *ibid.*, II, p. 223.

## ANALYSES

---

Theodore JAMES. **Congenital syphilis in one of twins.** (Syphilis congénitale chez un jumeau.) *The British Journal of Dermatology*, **63** : 389, (novembre) 1951.

On ne peut pas dire que les cas de syphilis congénitale chez l'un de deux jumeaux soit des plus fréquents. L'auteur tient compte surtout des cas rapportés depuis la découverte de la réaction de Wassermann, les autres cas rapportés antérieurement n'ayant pour lui pas de bases scientifiques suffisantes ou indiscutables.

Depuis l'application de la réaction de Bordet-Gengou à la syphilis, seize cas auraient été rapportés de syphilis congénitale chez un de deux jumeaux, dont huit seulement mériteraient d'être retenus.

L'auteur accepte, pour contrôle de cette syphilis congénitale chez un des jumeaux, les critères suivants :

1° Une observation clinique et un examen sérologique des parents et des autres enfants de la famille ;

2° Examen du placenta et des membranes à l'accouchement de même que du liquide céphalo-rachidien et un examen radiologique des os longs, au moins durant les six premiers mois ;

3° La nature de l'infection doit être démontrée hors de tout doute chez le jumeau atteint de syphilis ;

4° Il doit y avoir certitude que le jumeau apparemment non syphilitisé n'est pas syphilitique ou ne développera pas la syphilis ;

5° Examens physiques et sérologiques répétées des deux jumeaux avec autopsie, en cas de décès.

L'auteur croit réalisées toutes ces conditions dans l'observation suivante :

Une femme qui a déjà accouché d'un enfant sain, met au monde deux jumeaux, l'un de huit livres (H) et l'autre de six livres et quart (K). Il s'agit de deux enfants mâles. La sage-femme qui a fait l'accouchement a déclaré qu'il s'agissait de jumeaux univitellins : un placenta, deux membranes.

Le bébé H, durant les jours qui suivent sa naissance, présente un coryza sanguinolent et il est admis à l'hôpital à l'âge de vingt-huit jours. On fait un diagnostic de syphilis secondaire floride cutanéomuqueuse avec hépato-mégalie et splénomégalie. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont positives et, malgré 300,000 unités de pénicilline pendant cinq jours, l'enfant décède. L'autopsie confirme les constatations cliniques.

Le jumeau K est admis à l'hôpital alors qu'il est âgé de cinq semaines. L'enfant est cliniquement indemne, la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est négative et la radiographie des os longs ne révèle rien d'anormal.

De nouvelles réactions sérologiques et des examens radiologiques, faits treize mois après la naissance, ne montrent rien de particulier et l'enfant se développe bien.

Le père de ces jumeaux a une réaction de Bordet-Wassermann négative mais celle de la mère est positive. Le premier enfant né avant les jumeaux a aussi une sérologie positive, sans autre signe toutefois.

L'auteur rapporte les nombreuses hypothèses auxquelles il ajoute les siennes pour tenter d'expliquer pourquoi de deux jumeaux nés d'une mère syphilitique, un seul des deux est atteint par la maladie.

L'explication la plus plausible voudrait que les tréponèmes seraient peu nombreux en circulation pendant la grossesse et qu'il puisse arriver qu'un seul des deux produits de la conception retienne ces rares tréponèmes. Le jumeau non syphilitisé ne devrait qu'à la chance d'être indemne de la maladie.

Émile GAUMOND.

J. C. SCOTT. **Treatment of trochanteric fractures.** (Traitement des fractures du trochanter.) *The Journal of Bone and Joint Surgery*, **33** : 508, (novembre) 1951.

Depuis vingt ans, le traitement des fractures par voie sanglante a beaucoup augmenté : l'amélioration de la chirurgie, de l'anesthésie, de la qualité du matériel employé, ont été des facteurs importants. Il est essentiel de se servir de ce que nous avons en main aujourd'hui, mais, tout de même aussi, d'éviter des opérations à résultat douteux.

Les fractures de l'olécrâne, de la rotule, du col fémoral exigent un traitement chirurgical ; d'autres, comme la fracture oblique du tibia, celle des deux os de l'avant-bras, celle du fémur, méritent considération pour chaque cas en particulier. Pour les fractures du trochanter, il existe deux écoles : l'une s'en tient au traitement conservateur, l'autre préfère l'intervention.

L'auteur rapporte une série de cent cas de fractures intertrochantériennes traitées de 1946 à 1948 d'une façon conservatrice par traction avec un appareil de Thomas ou de Russell. Il est convenu que le premier but du traitement est, d'abord, de sauver la vie, puis, ensuite, de restaurer le mouvement. L'auteur décrit les trois variétés de fractures rencontrées :

- a) Oblique, à la base du trochanter ;
- b) Oblique et communitive ;
- c) Oblique, mais de dedans en dehors.

C'est la seconde variété qui requiert le plus de soin, car il faut prévenir le varus. La traction est maintenue, de huit à douze semaines.

Si l'on compare le traitement conservateur et le traitement opératoire, on a une mortalité de 31.1 pour cent avec le premier et 19.2 pour cent avec le second. Cependant, l'hospitalisation est prolongée avec le traitement conservateur ; la convalescence est moins agréable.

Dans le même numéro du *Journal*, Hafner rapporte quatre-vingts cas opérés avec une mortalité de 7 pour cent et de 12 pour cent avec le traitement conservateur. L'auteur dit que la mobilité articulaire est meilleure avec le traitement opératoire, que la convalescence est de beaucoup plus agréable, puisque l'opéré commence à marcher, quelques jours après l'intervention. Il sera hospitalisé quelques semaines au lieu de trois à quatre mois. Hafner emploie un clou qu'il implante assez verticalement vers le haut.

Louis-Philippe Roy.

Robert CLÉMENT. **Hypervitaminose A.** *La Presse médicale*, 75 : 1570, (24 novembre) 1951.

A côté des méfaits provoqués par l'excès de vitamine D, il faut faire une place à l'hypervitaminose A.

D'après quelques observations publiées par l'auteur, l'hypervitaminose A semble frapper surtout les jeunes enfants, particulièrement au-dessous de deux ans, mais on l'a signalée aussi chez le grand enfant et chez l'adulte.

Le *tableau clinique* consiste en anorexie, courbe du poids stationnaire ou amaigrissement ; extrême irritabilité et humeur chagrine ; éruption prurigineuse, cheveux clairsemés, ternes et rudes, pâleur, peau sèche, grise et finement squameuse et, parfois, fébricule. Il existe, en plus, un symptôme encore plus caractéristique : c'est l'apparition de douleurs aux membres, douleurs spontanées et surtout provoquées par le moindre contact. On note une sensibilité extrême en certaines régions des os longs ou des muscles ; souvent, un gonflement fusiforme des diaphyses avec, parfois, un empatement œdémateux des tissus. La radiographie permet de constater un épaississement du périoste, une corticale irrégulière et un certain degré de décalcification.

Dans l'hypervitaminose A, le taux de la vitamine A trouvée dans le sang est très augmenté (d'après les observations : 10 à 50 fois plus que la normale). La lipémie totale, le taux du cholestérol et des lécithines sont très nettement augmentés.

Les symptômes disparaissent assez rapidement après la suppression de la médication intempestive, pour reprendre avec elle.

Les doses de vitamine A utiles pour provoquer des accidents toxiques sont très élevées par rapport à la dose physiologique, en moyenne 7,000 fois plus, mais il y a de très grandes variations.



Les doses quotidiennes qui ont provoqué des accidents chez le jeune enfant n'étaient pas très élevées : 80 à 160 milligrammes (la dose normale d'un enfant étant de 1.4 milligramme par jour). Plus que les doses fortes, il semble que ce soit l'administration prolongée de vitamine A qui donne des accidents.

L'hypervitaminose A semble surtout entraîner un déséquilibre vitaminique et se traduire par des symptômes ressemblant à ceux des avitaminoses C (hémorragies au niveau des muqueuses), des avitaminoses B<sub>2</sub>, D-K et B.

La prophylaxie consiste à toujours maintenir un équilibre entre les diverses vitamines et à ne pas prolonger trop longtemps l'absorption d'huiles de foie de poisson ou d'axérophthol.

Antonio MARTEL.

George CRILE, jr., et C. Y. THOMAS. **The treatment of acute toxic ulcerative colitis by ileostomy and simultaneous colectomy.**

(Le traitement de la colite ulcéreuse aiguë toxique par iléostomie et colectomie simultanées.) *Gastro-enterology*, 19 : 58, (septembre) 1951.

Cette forme de colite ulcéreuse n'est pas fréquente ; 31 cas sur une série de 675 cas. Le traitement conventionnel, soit médical, soit chirurgical, l'iléostomie d'urgence étant l'intervention pratiquée, comporte un taux de mortalité de 68 pour cent dans un groupe de malades suivis pendant des périodes variant de deux à neuf ans. Qu'il s'agisse d'une crise première ou d'une manifestation aiguë de la forme chronique, le taux de mortalité est à peu près le même. Si le seul traitement médical est appliqué, la mortalité est de 73 pour cent ; si l'iléostomie est pratiquée, elle est de 63 pour cent. Les premiers six mois de la maladie sont les plus dangereux, la mort survenant surtout par péritonite, toxémie, inanition, embolie ou hémorragie ; ces complications surviennent aussi bien chez les patients iléostomisés que chez ceux traités médicalement.

L'iléostomie faite chez de tels malades donne un taux de mortalité de 50.5 pour cent dans les premiers six mois, d'après une moyenne tirée de plusieurs statistiques. Ces résultats semblent donner raison à ceux qui prétendent que ces patients sont trop malades pour être opérés.

Pour leur part, les auteurs sont d'avis que la mort n'est pas causée par l'opération, mais par l'affection qui continue à évoluer malgré l'iléostomie. D'après eux, il n'y a pas d'obstacle à pratiquer une chirurgie extensive, c'est-à-dire à enlever en même temps le côlon. Les suites opératoires sont étonnamment faciles et les patients récupèrent très rapidement. Sept patients ont été traités ainsi ; un seul opéré *in extremis*, mourut. « Plus l'état du patient est grave, plus urgente est l'indication pour une iléostomie et une colectomie simultanées ».

Jean-Paul DUGAL.



## CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

---

### Remise du diplôme d'honneur au docteur Charles Vézina

---

L'université de Paris a tenu sa séance annuelle de rentrée le 1er décembre, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Au cours de la cérémonie, le professeur Charles Vézina, doyen de la Faculté de médecine de l'université Laval a reçu le diplôme de docteur *honoris causa*. Le professeur Léon Binet, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a prononcé le discours suivant :

Charles Vézina,

Avec ses lacs et ses fleuves, avec ses forêts et sa faune variée, le Canada est un merveilleux pays dont on admire sans réserve les villes et les universités, les hôpitaux et les laboratoires. A Québec, aujourd'hui, l'université Laval se prépare à fêter son centenaire : la Faculté de médecine de Paris a tenu à prouver son attachement amical au docteur Charles Vézina, depuis 1940 doyen de la Faculté de médecine de l'université Laval et elle est heureuse de lui conférer le titre de docteur *honoris causa* de l'université de Paris.

Le professeur Vézina est un grand chirurgien qui aime parler de ses confrères français. De lui on sait cet admirable travail portant sur dix années et consacré à l'étude de 752 cas de goitre traités. De lui, on cite ses communications sur l'appendicite et la psotitis, sur la pancréatite hémorragique, le mégacolon et les lésions du colon sigmoïde, sur l'abcès pulmonaire, sur l'hydronéphrose et sur la thymectomie. On sait bien aussi la place active qu'il occupe dans la direction du Centre anticancéreux de l'université Laval.

Notre éminent collègue est de ceux qui ont su associer l'effort chirurgical et les recherches anatomiques. Avant d'aborder les grands problèmes d'actualité chirurgicale, le professeur Vézina, au cours d'un

exposé de « pratique chirurgicale » met à profit, dans une langue directe, sobre et claire, ses connaissances de l'anatomie vivante ; l'on y retrouve les accents de la plus pure tradition anatomo-chirurgicale française. Ne fut-il pas professeur d'anatomie avant d'avoir été professeur de clinique chirurgicale ? En soulignant cette évolution, je pense à ses collègues de chez-nous qui restent fidèles à cette double association, chirurgicale et anatomique. Un des nôtres, n'écrivait-il pas : « La connaissance approfondie de l'anatomie donne au chirurgien cette sécurité morale, ce sentiment intérieur, qu'il sait où il est, qu'il sait où il va, qu'il sait ce qu'il fait, cette vision claire de son action, hors laquelle tout n'est qu'incertitude, hésitation et maladresse ? » Cette formation anatomique n'empêche pas M. Vézina de s'orienter vers la physiologie : n'est-ce pas dans ce sens qu'il dirige l'organisation de la nouvelle Faculté de médecine dont Québec va être dotée, aux bords du Saint-Laurent, dans un cadre admirable ? A cette grande tâche, notre confrère consacre sa belle énergie.

Le doyen Charles Vézina a présidé l'Association des médecins de langue française et de l'Amérique du nord, il est membre de notre Académie de chirurgie, il porte les insignes de notre Légion d'honneur. Combien nous regrettons son absence aujourd'hui ! Il aurait pu, une fois de plus, entendre ici cette voix que j'ai écoutée, moi aussi, dans la forêt canadienne, la voix « du cœur des hommes de notre pays », « le cœur le plus humain de tous les cœurs humains » ... ce cœur n'a pas changé.

(Extrait de *La Presse médicale*, 15 décembre 1951.)

---